



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Impacto do Isolamento Social durante a pandemia por COVID-19 na Saúde Mental do Idoso: da evidência à prática

Marcela Isabel Canas Simões dos Santos

Dezembro 2021



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

O Impacto do Isolamento Social durante a pandemia por COVID-19 na Saúde Mental do Idoso: da evidência à prática

Marcela Isabel Canas Simões dos Santos

Estágio com Relatório Final: Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social

5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Cláudia Chaves

Dezembro 2021

Dedicatória

Dedico este trabalho final ao meu filho André, ao meu marido Paulinho e ao meu tio Jorge.

Agradecimento

Agradeço profundamente a todos os que permitiram a concretização deste projeto.

À Senhora Professora Doutora Cláudia Chaves, pela orientação, apoio e motivação ao longo do percurso formativo.

À Senhora Enfermeira Tutora Marisol Castelo-Branco, à Senhora Enfermeira Coordenadora Clara Lopes e restante equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, pela possibilidade de realização do estágio nesta unidade e pela orientação, apoio, carinho, incentivo, desafios e partilha de conhecimento ao longo dos últimos meses.

Ao Professor Eduardo Santos, pela partilha de conhecimento e precioso auxílio.

Aos colegas do Curso, pela permanente partilha e entreajuda.

À colega amiga Rita Machado pela sua disponibilidade e prontidão.

À prima, colega e amiga Ana França, pela amizade, presença, apoio e incentivo constantes.

Aos amigos, por estarem sempre presentes, compreendendo as ausências e acreditando em mim.

A toda a família, pela força transmitida, incentivo e confiança, especialmente à minha mãe, por todo o suporte, dedicação e preocupação.

À minha irmã Andreia, minha segunda mãe, por ser, desde sempre, um exemplo e uma inspiração para mim.

Ao meu marido, pelo exemplo de humildade e honestidade, pelo incentivo, otimismo, companheirismo e amor.

Ao meu filho, que com a sua alegria é a minha motivação diária.

Muito obrigada!

Resumo

Introdução: Na sequência do estado de emergência de saúde pública devido à propagação do coronavírus SARS-CoV-2, impuseram-se medidas restritivas de contacto que levaram ao isolamento social. A pandemia por COVID-19 provocou um grande impacto ao nível do isolamento social nos idosos em toda a sociedade com consequências específicas ao nível da saúde mental.

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso.

Metodologia: Com base nas recomendações do *Joanna Briggs Institute*, foi desenvolvida uma *Scoping Review*. Os artigos foram selecionados através de uma lista de verificação PRISMA-ScR, no período de publicação de 2019 a 2021, nos idiomas português, inglês e espanhol. Dois revisores independentes realizaram a análise de relevância dos artigos, e a extração e síntese dos dados.

Resultados: De 724 artigos, 29 foram incluídos nesta revisão, com identificação de áreas que evidenciam o impacto do isolamento social na saúde mental do idoso: restrição de atividades, alterações nas relações sociais, impacto na autonomia do idoso, manifestações das alterações na saúde mental, fatores de vulnerabilidade, estratégias adotadas para combater o impacto na SM saúde mental e o impacto positivo do isolamento social.

Conclusões: O isolamento social tem impacto na saúde mental do idoso, tendo sido identificado maioritariamente efeitos negativos. A saúde mental influencia o estado de saúde de uma comunidade, pelo que o isolamento social determina o estado de saúde deste grupo etário.

Palavras-chave: impacto, isolamento social, saúde mental, idoso, COVID-19.

Abstract

Introduction: Following the public health state of emergency due to the spread of the coronavirus SARS-CoV-2, restrictive contact measures were imposed and lead to social isolation. The Covid-19 pandemic caused a great impact in terms of social isolation in the elderly population across society causing major mental health consequences.

Objective: To map the available scientific evidence on the impact of social isolation in the mental health of the elderly population during the COVID-19 pandemic.

Methodology: Based on the recommendations of the Joanna Briggs Institute, a Scoping review was developed. The articles were selected through a PRISMA-ScR checklist, from the year 2019 to the year of 2021, in Portuguese, English and Spanish languages. Two independent reviewers analyzed the relevance of the articles and the data extraction and its synthesis.

Results: From the 724 articles, 29 were included in this study. Different categories were identified demonstrating the social isolation impact in the mental health of the elderly population: restriction of the daily life activities, changes in social relationships, impact on the elderly autonomy, ability to demonstrate mental health changes, vulnerability factors, mental health coping mechanisms and positive impact in social isolation.

Conclusion: The social isolation has a great impact in the mental health of the elderly population, emphasis on the negative effects. Mental health has an important role in the health state of a community therefore social isolation determines the health status of this age group.

Keywords: impact, social isolation, mental health, aged, COVID-19.

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de siglas	
Introdução	19
1 – Competências adquiridas	21
1.1 – Caracterização do local de Estágio	22
1.2 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	25
1.3 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados	28
2 – Atividades Realizadas	31
2.1 – Estudo: O Impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso	36
2.1.1 – Introdução	36
2.1.2 – Enquadramento teórico	39
2.1.3 – Metodologia	54
2.1.4 – Resultados	57
2.1.5 – Discussão	68
2.1.6 – Implicações para a prática	85
2.1.7 – Considerações finais	86
3 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências	89
Considerações Finais	95
Referências Bibliográficas	97
Apêndices	
Apêndice I – Registos da ECCI na plataforma da RNCCI	123
Apêndice II – Indicadores UCCNM, no domínio da ECCI	145
Apêndice III – Plano da Sessão “Olá, Solidão”	157
Apêndice IV – Folheto Informativo folheto “Como prevenir a solidão nos idosos, durante a pandemia de COVID-19?”	159

Apêndice V – Artigo jornal “Importância do Enfermeiro na prevenção da solidão nos idosos durante a pandemia”	161
Apêndice VI – Palestra “Serviços de Apoio aos Idosos na Comunidade”	165
Apêndice VII – Artigos de texto integral excluídos da <i>Scoping Review</i> (n=18)	173
Apêndice VIII – Artigos incluídos na <i>Scoping Review</i> (n=29)	175

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Estratégias de pesquisa por BD	55
Tabela 2	Apresentação dos resultados	59

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Utentes abrangidos pela UCCNM.	23
Figura 2	<i>Flowchart</i> do processo de seleção e inclusão do estudo	58

Lista de siglas

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CAJ	Consulta de Atendimento Jovem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSNM	Centro de Saúde Norton de Matos
CVC	Centro de Vacinação de Coimbra
EBSQF	Escola Básica e Secundária Quinta das Flores
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECCINM	Equipa de Cuidados Continuados Integrados Norton de Matos
ECL	Equipa Coordenadora Local
EGA	Equipas de Gestão de Altas
PI	Procedimento Interno
QV	Qualidade de Vida
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SM	Saúde Mental
SNIPi	Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCCNM	Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos
UF	Unidade Funcional
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Introdução

O Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final – Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, incluída no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu. O estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos (UCCNM), integrada no Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM), sob orientação da Professora Cláudia Chaves e da Sr.ª Enfermeira Especialista e Mestre Marisol Castelo-Branco Simões.

A área escolhida foi “Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social”, devido à importância crescente da prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada à pessoa em situação de dependência. O principal objetivo é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua Qualidade de Vida (QV). As atividades neste âmbito decorreram essencialmente ao nível da colaboração com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), pertencente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e constituída por elementos da UCCNM. A ECCI é a tipologia da Rede que apresenta o maior número de lugares totais (5 648 lugares, em agosto de 2021) (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2021), proporcionando assistência à maior parte dos utentes da Rede, evidenciando-se a crescente valorização dos cuidados em contexto domiciliário. Através da prática de cuidados na comunidade pela UCCNM (quer na ECCI, quer noutros contactos com utentes idosos do CSNM), verificou-se grande impacto do isolamento social nos idosos, devido à pandemia por COVID-19. Este problema encontra-se em discussão na sociedade atual, realçado por vários aspetos, como: o crescente envelhecimento da população; a modificação do contexto em que vivem os idosos; as medidas de isolamento social adotadas durante o contexto pandémico; e os problemas de SM no idoso. No âmbito do Estágio deve decorrer um trabalho de pesquisa científica, com recurso a ferramentas de investigação, numa área de interesse investigativo que resulte em boas práticas com ganhos para os utentes, famílias e/ou comunidades. A equipa de enfermagem da UCCNM reconheceu a necessidade de compreender qual o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na Saúde Mental (SM) do idoso, pelo que foi aprofundada esta temática num estudo qualitativo, constituindo-se como uma das atividades realizadas ao longo do estágio.

A elaboração deste documento tem como principal objetivo o desenvolvimento de uma reflexão fundamentada e estruturada sobre a prática profissional durante o processo de aprendizagem, realizado enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Como objetivos específicos definem-se: contextualizar o local de estágio; descrever e analisar as atividades realizadas ao longo da Unidade Curricular “Estágio com relatório final”; realizar um estudo investigativo relacionado com uma problemática identificada pela Equipa de Enfermagem da UCCNM; descrever e destacar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem Comunitária. De um modo geral, pode-se dizer que se pretende a mobilização dos conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares e o seu aprofundamento num processo de construção contínua e conjunta com o orientador.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: contextualização de competências adquiridas no Estágio, do local de estágio, da comunidade e do contexto da prestação dos cuidados, assim como da RNCCI e da Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Norton de Matos (ECCINM); de seguida, efetua-se uma descrição e análise das atividades realizadas ao longo do Estágio, sendo uma delas a realização do estudo qualitativo, com um enquadramento teórico da temática e da metodologia de investigação científica utilizada, bem como a apresentação dos resultados, sua discussão, identificação das implicações para a prática e algumas considerações pertinentes; e, por último, descreve-se o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista, do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e das competências relativas ao grau de Mestre.

Para a elaboração deste trabalho, foram seguidas as normas do Guia Orientador de Trabalhos Escritos (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2021).

1 – Competências adquiridas

Segundo o Artigo 11.º do Decreto-Lei nº 28/2008 que regulamenta os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) são unidades dos Centros de Saúde (CS) com funções de prestação de:

cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1184).

As UCC permitem o acesso aos utentes a cuidados especializados de Enfermagem, sendo, muitas vezes, os enfermeiros de Saúde Familiar os referenciadores para as diferentes áreas de especialidade em Enfermagem (Melo, 2021).

O estágio decorreu numa UCC, Unidade Funcional (UF) dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), cuja equipa pode ser composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, mediante necessidades na população e disponibilidade de recursos (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008). O Agrupamento de Centros de Saúde participa, através da UCC, na RNCCI, e à UCC compete a criação de uma ECCI (*Idem*).

A área escolhida para o desenvolvimento de competências e capacidades como Mestre em Enfermagem Comunitária, “Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social”, teve em consideração o facto de esta UCC oferecer contextos de aprendizagem neste âmbito e, também, a possibilidade de realizar o estágio anterior na mesma UF, permitindo delinear o percurso de formação a desenvolver. O contexto de estágio alerta para a temática que intitula este Relatório Final, possibilitando a realização de uma investigação relacionada com a área optativa e com interesse para a unidade de saúde.

Consideram-se as competências de diversos âmbitos, adquiridas e desenvolvidas ao longo deste processo de aprendizagem, como recursos para a prática profissional diferenciada enquanto Mestre desta área, tendo em consideração a complexidade de problemas e contextos existentes na sociedade.

1.1 – Caracterização do local de Estágio

A UCCNM é uma unidade de saúde que exerce a sua atividade no CSNM, na dependência do ACES do Baixo Mondego e da Administração Regional de Saúde do Centro, sob coordenação da Sr.^a Enf.^a M.^a Clara Lopes. Esta unidade iniciou atividade a 29 de outubro de 2014, é constituída por cinco enfermeiros em tempo total, duas médicas, uma assistente social, uma nutricionista e um assistente técnico partilhado com outras unidades do CS. Desenvolve a sua atividade na área de influência assistencial que abrange as freguesias de Santo António dos Olivais, Ceira e Torres do Mondego; articula-se com outros profissionais e equipas (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, Unidade de Saúde Pública e Unidades de Saúde Familiar: Pulsar, Briosa e Norton de Matos) num espírito de colaboração, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, 2019a).

A missão da UCC, descrita na Carta de Qualidade da UCCNM (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, 2019b), é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, no domicílio, na comunidade, no local de trabalho e nas escolas, a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados, com vista à manutenção dos padrões de qualidade. Igualmente tem como missão a formação de diversos grupos profissionais em diferentes fases e a promoção da investigação em parceria com outras instituições em áreas que promovam a melhoria dos cuidados (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, 2019b).

A melhoria contínua da qualidade e da eficiência dos serviços prestados, através de um esforço para superar os padrões de qualidade estandardizados pelas diferentes ordens profissionais, são conceitos que fazem parte da visão da UCCNM, bem como a vontade de se constituírem como uma referência a nível regional na área dos CSP (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, 2019b). A equipa da UCCNM considera como valores fundamentais na sua atividade: o respeito pela individualidade e pelo direito humano a uma saúde prestada com honestidade e qualidade, a igualdade de direitos, o direito à saúde em tempo útil, a responsabilidade e confiança entre os seus elementos e a comunidade, a responsabilidade partilhada na tomada de decisões, o espírito de equipa, a dedicação, a disponibilidade e a transparência (*Idem*).

É com base nestes valores e na missão apresentada, que a UCCNM estabelece compromissos na sua Carta de Qualidade referentes: à cooperação entre elementos da equipa e à articulação entre outras equipas; ao respeito pela individualidade e pelos direitos da pessoa; à organização dos serviços em função das necessidades; à promoção da

solidariedade, da autonomia e de parcerias com estruturas da comunidade local; à avaliação contínua; e ao apoio na formação de profissionais de diferentes áreas.

De acordo com o Registo Nacional de Utentes, a UCCNM abrange uma população de 23.909 utentes, sendo que cerca de 67% da população (16112) tem idades compreendidas entre 7 e 64 anos, aproximadamente 27% (6487) tem 65 ou mais anos, e apenas cerca de 5% tem idade até 6 anos (dados de setembro de 2021) (Figura 1).



Figura 1 – Utentes abrangidos pela UCCNM.

Fonte: Bilhete de Identidade dos CSP (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021a).

A carteira básica de serviços da UCCNM integra projetos e programas, com enfoque em todas as fases do ciclo vital da comunidade, que têm em conta a realidade de saúde e social da sua área de abrangência, sendo possível consultá-los no site da UCCNM (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos [UCC Norton de Matos], 2021).

No âmbito da Saúde Materna e Obstetrícia existem os seguintes programas:

- “Cantinho da Amamentação” e “Pingos de Amor” que se constituem como Programas de Promoção e Apoio do Aleitamento Materno;
- Curso para Pais e Mães de massagem infantil: “MÃOS MÁGICAS”, que tem em vista a promoção do toque nutritivo, da comunicação e da interação entre pais e filhos;
- Programa de formação parental: “CHEGUEI!”, com atividades educativas e de suporte de modo a ajudar os pais a compreenderem as suas necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas e a dos seus filhos;

- Programa de preparação para o parto e Parentalidade: “MOMENTOS ÚNICOS”, com o intuito de preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério.

No que respeita à área de Saúde Infantil e Juvenil:

- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) – destinado a famílias do distrito de Coimbra com crianças dos 0 aos 6 anos que apresentem atraso de desenvolvimento, associado ou não a deficiência ou risco ambiental;
- Consulta de Atendimento Jovem (CAJ): “FLASH!”, consulta de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de doenças nos jovens;
- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que se destina ao acompanhamento de situações de crianças e jovens e encaminhamento das situações de risco para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) com necessidade de intervenção;
- Projeto Bebés, Crianças e Jovens em Segurança: “Semi-Reta (Sistema de Retenção)”, integrado no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, com principal objetivo ao nível da promoção da segurança rodoviária infantil.

No âmbito da Saúde Escolar, importa referir que os projetos existentes seguem as áreas prioritárias de intervenção mencionadas no Programa Nacional de Saúde Escolar: SM e competências socioemocionais; educação para os afetos e a sexualidade; alimentação saudável e atividade física; higiene corporal e saúde oral; hábitos de sono e repouso; educação postural; prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). Nesta área destacam-se os seguintes projetos:

- Projeto “+ Contigo”, destinado à prevenção de comportamentos suicidários (a partir do 7.º ano até à universidade);
- Projeto “AnimadaMente”, destinado aos alunos do jardim de infância e do 1º ano do ciclo;
- Projetos “(E)DUQUE” e “Satélite”, de promoção de estilos de vida saudáveis nos jovens da comunidade escolar, com presença de gabinetes de apoio ao aluno nas escolas, com diversas intervenções ao nível: da prevenção da obesidade infantil, da sexualidade responsável, da desabituação tabágica, da prevenção do consumo de substâncias, e da aprendizagem do suporte básico de vida, por exemplo.

Ao nível da Saúde do Adulto e do Idoso:

- Projeto de ação na área da violência: “Grupo V!!!” / “EPVA”, com o objetivo de diagnosticar as situações que representam risco de Violência Doméstica e realizar ações de sensibilização/informação sobre a Violência Doméstica;

- Consulta de Cessação Tabágica “DESABITUAÇÃO TABÁGICA”, com disponibilização de consultas que implementam ações e medidas para deixar de fumar, com parceria da nutricionista da equipa da UCCNM e encaminhamento para a área da psicologia a nível hospitalar, quando necessário;
- Projeto de Enfermagem de Reabilitação ao longo do ciclo vital nos três níveis de prevenção: “REABILITAR A COMUNIDADE, REABILITAR PARA A VIDA”, com sessões de cuidados específicos e personalizados aos indivíduos com limitações funcionais;
- Projeto Com Mais Cuidado: “Casa Segura para Idosos”, com a finalidade de promover a autonomia e independência da pessoa idosa de forma segura;
- Gabinete de apoio a familiares e doentes de Alzheimer: “ALZH´AMIGO”;
- Programa de promoção do Envelhecimento Ativo: “ANOS DE VIDA Q(UALIDADE)”, com sessões de atividade física adaptadas à situação de cada idoso e outras que visam a manutenção das capacidades cognitivas e psicossociais;
- Projeto “DESVENDAR”, com intervenção no âmbito da SM e psiquiátrica, com existência anual de uma semana com realização de simpósios destinados a utentes e profissionais (com atividades de relaxamento, musicoterapia e massagem, por exemplo);
- ECCINM, equipa multidisciplinar para a prestação de serviços domiciliários aos utentes do CSNM, em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, segundo o artigo 27º do Decreto-Lei n.º 101/2006 (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006).

Fonte: UCC Norton de Matos (2021).

Para o desenvolvimento destes Programas/Projetos mencionados, a UCCNM conta com diversas entidades parceiras, como unidades hospitalares, estabelecimentos de ensino, forças de segurança, autarquias, instituições particulares de solidariedade social, institutos de serviço social, imprensa local e outras.

1.2 – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI surge do crescente envelhecimento da população portuguesa, com aumento da esperança média de vida, e da necessidade de dinamizar e implementar unidades e equipas de cuidados dirigidas às pessoas em situação de dependência, tendo por base uma resposta adequada por parte dos organismos de saúde. A RNCCI, também designada por Rede, foi criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. A Rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local, sendo constituída por unidades e

equipas de cuidados continuados de saúde, e/ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços da comunidade, com abrangência ao nível dos hospitais, dos CS e dos serviços da segurança social (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006).

Os cuidados continuados integrados são:

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Portugal, Decreto-Lei 101/2006, p.3857).

Entende-se por continuidade dos cuidados a “sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social” (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3857) e por integração de cuidados “a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos” (*Idem*). Assim, as unidades e equipas pertencentes à Rede devem assentar num conjunto de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. A RNCCI apresenta como objetivo geral a prestação de cuidados continuados e integrados de saúde e apoio social, a pessoas em situação de dependência, de qualquer idade, tendo em vista a sua recuperação global, promoção de autonomia e melhoria da sua funcionalidade (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2021). É também função da Rede estabelecer uma ligação entre os cuidados de saúde hospitalares e os CSP, de forma a preencher a lacuna na prestação de cuidados a utentes com necessidades de cuidados mais complexos que os CSP, mas que não necessitem de um internamento hospitalar (Sepúlveda, 2013). Como objetivos específicos salientam-se: o apoio aos familiares ou cuidadores informais, na capacitação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; o apoio, o acompanhamento e o internamento, tendo em conta a respetiva situação; e a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006).

A coordenação da Rede processa-se em três níveis: nacional, regional e local. A coordenação a nível nacional é definida, em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde; a nível regional, designada por Equipa Coordenadora Regional, é assegurada por cinco equipas constituídas por representantes de cada Administração Regional de Saúde (ARS) e dos centros distritais de segurança social, nos termos definidos por despacho conjunto dos Ministros do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde; a nível local ocorre por uma ou

mais equipas, denominada de Equipa Coordenadora Local (ECL), no domínio do concelho, sendo constituídas por representantes da ARS e da segurança social, devendo integrar: um médico, um enfermeiro e um assistente social, e, facultativamente, um representante de autarquia local (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). À ECL, coordenada por enfermeiros, compete gerir o circuito da pessoa na RNCCI. Esta Equipa agiliza a integração de utentes na RNCCI, ao receber as informações das Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais ou das equipas de saúde familiar dos ACES e avaliando os critérios que permitem integrar os utentes referenciados nas ECCI, gerindo a sua inclusão e as suas altas (Melo, 2021).

Relativamente às diferentes tipologias de resposta, a RNCCI engloba: a Rede Geral, os Cuidados Pediátricos Integrados e os Cuidados Continuados Integrados de SM (Portugal, SNS, ACSS, 2020a). No que concerne ao tipo de prestação de cuidados, no âmbito de estruturas de Internamento, existem as seguintes tipologias: Unidade de Convalescença, Unidade de Longa Duração e Manutenção, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos – Nível 1, Unidade de Cuidados Paliativos, Residência Autónoma, Residência de Apoio Máximo, Residência de Apoio Moderado, Residência de Treino de Autonomia, Residência de Treino de Autonomia tipo A (Infância e Adolescência) (Portugal, SNS, ACSS, 2021). No âmbito de estruturas de ambulatório, a Rede tem as seguintes tipologias: Unidade de Ambulatório Pediátrica, Unidade Socio-Ocupacional, Unidade Socio-Ocupacional IA (Infância e Adolescência) (*Idem*). Relativamente às estruturas da Rede que prestam cuidados no âmbito domiciliário, são as seguintes: ECCI, Equipa de Apoio Domiciliário, Equipa de Apoio Domiciliário IA (Infância e Adolescência) (*Ibidem*).

O ingresso da pessoa na RNCCI pode ser realizado de duas formas: referência pelos profissionais de saúde do serviço hospitalar (pertencente ao Serviço Nacional de Saúde [SNS]) onde se encontra internada a pessoa, passando pela EGA do Hospital, a qual avalia e confirma toda a informação e envia a proposta para a ECL; ou referência pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiares e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, dos doentes que se encontram no domicílio, hospital privado ou noutras instituições ou estabelecimentos, que é enviada à ECL (Portugal, SNS, ACSS, 2021).

A população alvo com critérios de admissão na RNCCI são todas as pessoas que se encontrem em alguma das seguintes situações: dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idosos com critérios de fragilidade; incapacidade grave, com forte impacte psicossocial; e doença severa, em fase avançada ou terminal (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006).

1.3 – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

No que respeita à assistência ao utente segundo a tipologia de unidade da Rede, no primeiro semestre de 2020 a maior parte dos utentes foram assistidos em ECCI (Portugal, SNS, ACSS, 2020a).

De acordo com o já referido Decreto-Lei n.º 101/2006, a ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006, p.3862).

Esta Equipa assegura: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos, no âmbito preventivo, paliativo, de tratamento, de reabilitação; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional, com envolvimento dos familiares e dos prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD); coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais (Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006).

Os critérios de admissão na ECCI relacionam-se com os mesmos identificados para referenciação para a RNCCI, evidenciando-se neste âmbito os doentes que reúnem condições que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados no domicílio, e que requeiram: de frequência de prestação de cuidados de saúde superior a uma vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a uma hora e 30 minutos por dia, no mínimo de três dias por semana; cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados; complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação; e/ou necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal (Portugal, Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2017).

De uma forma geral, os utentes alvo de intervenção da ECCI requerem uma intensidade e complexidade de prestação de cuidados multidisciplinares, mais elevada do que a generalidade dos cuidados prestados pela equipa de cuidados de saúde nas UF existentes nos CS. A ECCINM tem vaga para 10 utentes e é constituída por enfermeiros especialistas e uma técnica de serviço social, em parceria constante com médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais e nutricionista.

A preocupação com a efetividade e eficiência da resposta da ECCINM reflete-se na contratualização de indicadores identificados na dimensão contratual da ECCI, como os seguintes, contratualizados em 2019: proporção de utentes com alta da ECCI com objetivos atingidos; taxa de efetividade na prevenção de úlceras por pressão; taxa de incidência de úlcera por pressão na ECCI; proporção de utentes com ganhos no controlo da dor; proporção de utentes com melhoria no nível de “dependência no autocuidado”; proporção de utentes com internamento hospitalar durante a integração na ECCI; taxa de ocupação da ECCI; tempo médio de permanência em ECCI; proporção de diagnósticos de enfermagem de "úlceras de pressão" com melhoria do score de avaliação (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021b).

No contexto pandémico atual, as equipas com atividade em ambiente domiciliário, pela sua ação no esclarecimento sobre a doença, na diminuição da ansiedade e angústia associada à doença COVID-19, bem como na resposta às necessidades mais prementes dos utentes, são determinantes para manter a sua estabilidade clínica. Este suporte aos utentes e respetivas famílias neste período de crise deve, no entanto, respeitar as condições de segurança recomendadas para todos os cidadãos. Neste sentido, a atividade desenvolvida foi ajustada, substituindo-se, sempre que possível, o contato presencial por outra alternativa e, quando não possível, diminuiu-se o número de contactos presenciais (Fonseca, 2020).

Segundo o Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, a enfermagem é a profissão que tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou com doença, ao longo do ciclo de vida, e aos grupos sociais em que ele se insere (família, comunidade), por forma a manter, melhorar ou recuperarem a saúde (Portugal, Decreto-Lei n.º 161/96). Na ECCI, o Enfermeiro é um dos profissionais de saúde que integra uma equipa multidisciplinar, contribuindo com um perfil de competências e capacidades que lhe permite planear intervenções de acordo com os focos de atenção identificados e os diagnósticos que deles advêm. Segundo o Referencial do Enfermeiro, documento elaborado pelo Conselho de Enfermagem da OE com o intuito de definir a atuação deste profissional no âmbito da RNCCI, os Enfermeiros da Rede visam: prestar cuidados, de acordo com um plano de cuidados, com vista à melhoria do bem-estar e conforto das pessoas em situação de dependência; identificar situações de risco e/ou crise, colaborando na proposta e implementação de soluções; intervir ao nível da criação de condições de qualidade e seguras para a manutenção das pessoas no seu ambiente, gerindo os meios e recursos disponíveis para o acompanhamento das mesmas; contribuir na gestão de casos e na monitorização dos cuidados; garantir o apoio e o suporte emocional às famílias ou aos cuidadores informais; promover a integração do doente no seio da

família; colaborar nos registos nas plataformas informáticas adequadas, por forma a promover a continuidade de cuidados e a dar visibilidade às práticas dos Enfermeiros e aos resultados de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem; entre outros (Conselho de Enfermagem, 2009).

Este mesmo Referencial acrescenta ainda que as Unidades e as Equipas da RNCCI devem ser dotadas de Enfermeiros com grau de especialização, por forma a fornecer uma resposta ao doente, aos familiares e aos cuidadores informais mais adequada às suas necessidades, personalizada e que promova a capacitação e o empoderamento para serem capazes de lidar com os desafios e com as transições que se lhes apresentam (Conselho de Enfermagem, 2009). Nomeadamente, ao Enfermeiro da área de Enfermagem Comunitária compete:

identificar os problemas existentes no seio de uma população; determinar a evolução prognóstica dos problemas, prevendo as repercussões no estado de saúde da população; estabelecer a rede de causalidade dos problemas com determinação das causas e factores de risco e, em consequência, dinamizar e liderar programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde da população; participar em projectos de intervenção comunitária em parceria com outras instituições da comunidade; cooperar com a rede de serviços de saúde e social, no âmbito da intervenção a pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a factores de exclusão (Conselho de Enfermagem, 2009, p.24).

Em termos gerais, todos os Enfermeiros da RNCCI devem participar na resposta a necessidades de formação, promover a continuidade de cuidados e a articulação entre as equipas/unidades e instituições, utilizar eficazmente recursos e contribuir com dados para a investigação para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com base na evidência, com o objetivo primordial de obter ganhos em saúde na população.

2 – Atividades Realizadas

As atividades realizadas no decorrer deste Estágio tiveram com objetivo primordial o cumprimento dos objetivos de aprendizagem do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de opção “Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social”, que constam no Guia do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021 (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2019).

Registo assiduidade colaboradores

Uma das atividades propostas relacionou-se com a elaboração de um Procedimento Interno (PI) da UCCNM de “Registo de Assiduidade”, relativamente ao registo de assiduidade dos colaboradores da UCCNM. O registo do cumprimento dos deveres de assiduidade e pontualidade por parte dos colaboradores, bem como do período normal de trabalho, efetua-se mediante o registo das horas de entrada e saída do local de trabalho através de marcação biométrica de impressão digital das unidades de marcação disponíveis no CS. Na impossibilidade de realização de biometria, aplica-se o procedimento de picagem manual na plataforma *online* de registo de assiduidade *SISQUAL WFM*. A *SISQUAL WFM – effective team management* é uma empresa tecnológica especializada, fundada em 1992, no Porto, sendo atualmente uma das principais soluções para a organização das forças de trabalho (SISQUAL WFM, 2021). A empresa tem desenvolvido *software* que ajuda os gestores de grandes instituições em todo o mundo a gerir a mão-de-obra e a aumentar a produtividade, ao mesmo tempo que aumenta os níveis de serviço prestado e a QV dos seus trabalhadores (*Idem*).

A elaboração deste PI tem como principais objetivos: a redução das falhas de registo de assiduidade, divulgar as instruções de utilização da plataforma de registos de assiduidade *SISQUAL WFM*, contribuir para a melhoria da gestão de recursos humanos por forma a melhorar os serviços prestados, fazer cumprir as regras de assiduidade estabelecidas na lei e promover o uso da plataforma de registo de assiduidade pelos colaboradores.

Gestão de recursos

A gestão de recursos materiais e humanos acontece diariamente no contexto de trabalho, pelo que se procurou ter uma intervenção ativa também a este nível. As atividades

que foram desenvolvidas relacionam-se com: a preparação dos materiais para as visitas domiciliárias da ECCINM e para outras atividades, como, por exemplo, as relacionadas com a vacinação; os pedidos de material; e a organização das visitas da ECCINM com elaboração do plano semanal que serve de guia orientador para a Equipa.

Consulta de Atendimento Jovem

Esta consulta não programada decorre à quarta-feira no período da tarde e destina-se aos jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 24 anos de idade (inclusive), de qualquer área geográfica, estudantes ou desempregados e que não constituíram família. A consulta tem como finalidade sensibilizar os jovens a adotar ou manter comportamentos e estilo de vida saudáveis, a prevenir doenças e a realizar a autovigilância da saúde. A consulta decorre, primeiramente, com a equipa de enfermagem e, em momento posterior, com a médica assistente. No âmbito desta consulta, foi ainda realizada a organização de toda a documentação de processos individuais dos jovens para facilitar o seu acesso e consulta.

Saúde Escolar

Devido à pandemia por COVID-19, cessaram as atividades no âmbito da Saúde Escolar. Com o início do ano letivo e a implementação do desconfinamento progressivo, está a ser retomada a intervenção neste contexto. Foi possível colaborar na elaboração de um Plano Individual de Saúde de um aluno com necessidades de saúde e ensino especiais, percecionando o tipo de intervenção do Enfermeiro com o aluno, a sua família e os Professores.

Vacinação da comunidade

No contexto pandémico atual e na preparação do inverno, é de realçar a participação nas atividades de vacinação da comunidade. No âmbito da vacinação contra a COVID-19 foram realizados contactos telefónicos para as pessoas elegíveis para a toma da vacina e a interligação com o Centro de Vacinação de Coimbra (CVC) para agendamento da mesma, bem como a participação na administração das mesmas no CVC e nos domicílios dos utentes integrados na ECCINM, e seu respetivo registo. No que se relaciona com a vacinação contra a gripe 2021/2022, foram desenvolvidas atividades de planeamento da vacinação de utentes e de profissionais em unidades parceiras (Estruturas Residenciais Para Idosos, Centros de Dia e Unidades de internamento e domiciliárias da RNCCI), colaboração na administração das vacinas e no registo vacinal informático.

ECCI

As primeiras atividades na ECCINM relacionaram-se com a integração na Equipa, com o conhecimento da sua estrutura organizacional e funcional, objetivos e âmbito de atuação. O planeamento, execução e avaliação de cuidados integrados de saúde e apoio social foram atividades que decorreram durante todo o Estágio. Estas atividades visam a recuperação global: a reabilitação do utente pretende melhorar a sua funcionalidade com vista a diminuir a dependência e promover a autonomia; a readaptação do utente a uma nova condição baseia-se na promoção do autocuidado para assegurar a melhor QV possível no quadro das limitações decorrentes da doença; e a reintegração prende-se com a inserção do utente no seu meio familiar e social após a alta. O Enfermeiro que integra a ECCI presta cuidados integrados de saúde e de apoio social no domicílio ao utente, à família e aos cuidadores, incluindo atividades de educação para a saúde por forma a capacitar e empoderar todos os intervenientes no processo de cuidar, estabelecendo-se uma relação de confiança e parceria. A colaboração com a ECCINM decorreu, também, ao nível do planeamento e organização das visitas domiciliárias, da gestão de recursos materiais e humanos, e da realização dos registos nas plataformas informáticas.

Registos ECCI

Os Enfermeiros que desempenham a sua atividade nas ECCI utilizam os programas de registo informático GestCare CCI e Sclínico CSP para o registo das atividades. Apesar dos dois sistemas de registo informático permitirem a realização do registo dos cuidados prestados de uma forma muito completa e estruturada, os sistemas não comunicam entre si, isto é, não existe uma interoperabilidade entre eles.

Segundo Oliveira (2018), o GestCare CCI é utilizado por todas as equipas pertencentes à RNCCI. O GestCare CCI é uma plataforma *online* desenvolvida em 2007, que permite responder aos objetivos de registo e monitorização das diferentes tipologias que a integram a RNCCI, permitindo o acesso à informação dos utentes e à sua evolução (Care4it HealthCare Solutions, 2021). A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), através da Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro, anuncia que a informação relativa aos utentes que integram a RNCCI torna-se acessível aos profissionais de saúde, em diversos locais do SNS, através da ligação da plataforma GestCare CCI à Plataforma de Dados de Saúde (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2012), o que permite a garantia da continuidade de cuidados que é um dos princípios da RNCCI. Os registos realizados pelos profissionais que acompanham o utente devem respeitar a periodicidade recomendada na Circular Normativa Conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS, tendo em atenção os módulos de preenchimento obrigatório

por diferente nível de acesso. Neste âmbito, foi dado um contributo para a melhoria da realização dos registos da ECCI na plataforma GestCare CCI, com a elaboração de um PI da UCCNM com o título: “Registos da ECCI na plataforma da RNCCI” (Apêndice I), com proposta de calendarização mensal fixa para a avaliação mensal dos 10 utentes que preenchem as vagas da ECCINM, entre outros; com os objetivos de redução das falhas de registo na plataforma GestCare CCI, facilitação da realização dos mesmos de forma adequada, e promover o uso desta plataforma.

O Sclínico CSP é um sistema de informação, criado em 2013, que integrou as aplicações utilizadas anteriormente num *software* único (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2013). A utilização do programa Sclínico CSP tem como objetivo a homogeneização das práticas e da informação recolhida a nível nacional, através do acesso à informação clínica do utente, utilização, sistematização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diferentes áreas, potenciando a melhoria do desempenho da equipa multidisciplinar que acompanha o utente (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2020). Verificou-se um *score* baixo em alguns dos indicadores contratualizados pela UCCNM que pertencem ao domínio da ECCI, pelo que foi proposta a realização de um PI da UCCNM com o título: “Indicadores UCCNM, no domínio da ECCI” (Apêndice II), onde consta a descrição do Procedimento a utilizar para dar cumprimento aos referidos indicadores. A realização deste documento teve como objetivos a identificação dos indicadores contratualizados pela UCCNM, evidenciar a relação entre os registos no Sclínico CSP com a satisfação dos indicadores contratualizados, reduzir as falhas de registo no programa referentes à intervenção pela ECCINM, e facilitar a realização dos mesmos de forma adequada, promovendo o uso do programa pela ECCINM.

Programa “Anos de Vida Q(ualidade)”

O Programa “Anos de Vida Q(ualidade)” é destinado à população inscrita no CSNM com mais de 65 anos, decorre às segundas e quartas-feiras à tarde, *online* devido à pandemia por COVID-19, embora se preveja em breve a retoma das sessões presencialmente no CS como era habitual. Baseia-se na realização de atividades de estimulação física, cognitiva e/ou psicossocial adaptadas à situação de cada idoso. Este Programa de promoção do envelhecimento ativo tem como finalidade reduzir e adiar a incapacidade causada pelo envelhecimento, contribuindo para a QV dos idosos, obtendo ganhos em anos de vida com independência (Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, 2021). Através das sessões é fomentada a participação ativa dos idosos na promoção da sua saúde, autonomia e independência (*Idem*).

A participação neste Programa decorreu através da colaboração com os enfermeiros envolvidos, nas diversas sessões com temáticas como o relaxamento, a estimulação das capacidades cognitivas e da atividade física, bem como através da dinamização de uma sessão de estimulação cognitiva intitulada “Olá, Solidão” (plano de sessão no Apêndice III). Esta sessão teve como objetivos a promoção da discussão sobre o tema da solidão, a estimulação cognitiva, da concentração e da atenção, alertando para esta problemática da sociedade atual.

Atividades do Projeto de Intervenção Comunitária “Olá, Solidão”

Relativamente ao Projeto de Intervenção Comunitária, desenvolvido no Estágio anterior nesta UCC, não foi possível aplicar todas as estratégias delineadas nesse mesmo Estágio, pelo que neste último procurou-se cumprir as mesmas. Foi enviado o folheto informativo com o tema “Como prevenir a solidão nos idosos, durante a pandemia de COVID-19?” (Apêndice IV), via e-mail, para todas as UF que compõem o CSNM, para as Juntas de Freguesia da área de abrangência do CSNM, paróquias, centros de lazer e recreativos e Centros de Dia; e também foi divulgado na página da UCCNM na rede social *Facebook*. O artigo proposto para publicação num jornal local intitulado “Importância do Enfermeiro na prevenção da solidão nos idosos durante a pandemia” foi publicado a 2 de outubro de 2021, no Diário de Coimbra (Apêndice V).

Palestra sobre a pessoa idosa, destinada a turma de Técnico Auxiliar de Saúde

Foi preparada e apresentada uma palestra sobre a pessoa idosa, destinada a uma turma do Curso Profissional de Técnico Auxiliar de Saúde da Escola Básica e Secundária Quinta das Flores (EBSQF), em Coimbra. A palestra decorreu na tarde do dia 11/10/2021, presencialmente na referida Escola, com duração de 90 minutos, com o tema “Serviços de Apoio aos Idosos na Comunidade” (Apêndice VI).

Reuniões orientação

Ao longo do Estágio, decorreram reuniões informais frequentes com a Equipa de Enfermagem da UCCNM, no sentido de validar as necessidades sentidas e expressas da Equipa relativamente às atividades a decorrer. Foram, igualmente, realizadas reuniões pedagógicas com a Professora Orientadora e/ou a Enfermeira Tutora, com o objetivo de orientação para o percurso formativo.

Scoping review

Uma das problemáticas identificadas pela equipa de Enfermagem da UCCNM foi a SM do idoso em contexto de isolamento social durante a pandemia por COVID-19. Neste

âmbito foi desenvolvido o estudo sobre “O impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso” que se apresenta no subcapítulo 2.1.

2.1 – Estudo: “O impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso”

2.1.1 – Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade atual, sendo definido, coletivamente, com base na proporção de pessoas nas faixas etárias mais idosas, considerando-se a população total (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017a). No ano de 2020, a nível mundial, o número de pessoas com 65 anos ou mais era de 727 milhões, prevendo-se que até 2050 este número seja mais do dobro, atingindo-se mais de 1,5 bilhões de pessoas idosas (United Nations, 2020). A nível dos países da União Europeia, no início de 2019, a população de idosos era cerca de 90,5 milhões, correspondendo a mais de um quinto da população dos Estados Membros, prevendo-se que em 2050 aumente para 129,8 milhões de idosos (Eurostat, 2020). Em 2020, os Estados-Membros da União Europeia que registaram mais idosos na população total foram: Itália (23,2%), Grécia e Finlândia (22,3% cada), Portugal (22,1%), Alemanha (21,8%) e Bulgária (21,6%); as menores proporções registadas foram na Irlanda (14,4%) e no Luxemburgo (14,5%) (Eurostat, 2021). Em Portugal, no ano de 2019, a população com idade igual ou superior a 65 anos era de 2 280 424 pessoas, correspondendo a 22,1% da população total estimada, verificando-se um aumento em relação a anos anteriores (Portugal, Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020a). No referido ano, 58% da população idosa era do género feminino e 42% do género masculino (Serra & Garcia, 2020). Relativamente à projeção da população idosa residente em Portugal, até 2080 poderá atingir os 3 milhões de pessoas (Portugal, INE, 2020b). A esperança média de vida à nascença tem vindo a aumentar, atingindo os 78,1 anos para homens e 83,7 anos para mulheres (Portugal, PORDATA, 2021a), assim como o índice de longevidade que atingiu os 48,7%, em 2020. Relativamente ao índice de envelhecimento, a nível nacional, continua a aumentar, sendo no ano de 2020 de 165,1% (Portugal, PORDATA, 2021b), com um índice de dependência total nos idosos de 34,7%, valor que tem crescido gradualmente, e um índice de pobreza de 17% (Portugal, PORDATA, 2020a). Em 2020, existia um *ratio* de 2,9 pessoas em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos), por idoso, traduzindo o índice de sustentabilidade potencial que tem vindo progressivamente a diminuir (*Idem*).

Todos estes dados concorrem para evidenciar a transformação demográfica que se tem apresentado nas últimas décadas, em que se verifica um crescente envelhecimento demográfico. Segundo a OMS, “vidas mais longas são uma das nossas conquistas coletivas mais notáveis” (World Health Organization [WHO], 2020, p.1), pois são o resultado dos avanços na área da saúde, no que se relaciona com o sucesso no controlo das doenças infantis, na redução da mortalidade materna e, mais recentemente, na mortalidade em idades mais avançadas (WHO, 2020). De facto, paralelamente ao desenvolvimento socioeconómico dos países, ocorre uma melhoria na saúde pública o que significa que mais pessoas sobrevivam à infância, tendo maior probabilidade de morrer mais tardiamente (WHO, 2015). O envelhecimento demográfico é também impulsionado por: um declínio nas taxas de fecundidade, um aumento da esperança de vida, padrões migratórios (Eurostat, 2020), o aumento da esperança média de vida à nascença e o aumento da sobrevivência da população idosa, verificando-se que uma pessoa com 65 anos espera viver cada vez mais (WHO, 2015).

As mudanças sociais e económicas, as alterações nas dinâmicas relacionais e familiares (casamento, coabitação e divórcio), o aumento dos níveis de educação, a contínua migração (rural para urbana e internacional), são aspetos que estão a modificar o contexto em que vivem os idosos, a composição das suas famílias e os seus estilos de vida (United Nations, 2020). Relativamente ao contexto de vivência da pessoa idosa, por exemplo, à medida que a esperança média de vida aumenta, aumentam as probabilidades de diferentes gerações numa mesma família viverem mais tempo, mas a probabilidade de viverem separadas também aumenta, conduzindo a uma crescente proporção de pessoas idosas a viverem sozinhas (WHO, 2015). De facto, nos países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América, a co-residência intergeracional diminuiu drasticamente (WHO, 2020), situação igualmente verificada em Portugal, em que 55% das pessoas que vivem sozinhas têm 65 ou mais anos (Portugal, PORDATA, 2020a), sendo a área metropolitana de Lisboa a que contribui mais para esta percentagem, seguida da região Norte e Centro (Portugal, PORDATA, 2020b). De acordo com Serra e Garcia (2020), relativamente aos idosos portugueses: 11% das mulheres e 14% dos homens têm o ensino secundário completo; 8% das mulheres e 17% dos homens trabalham; 11, 5% estão empregados, sobretudo no sector da agricultura e pescas (43%); a idade média da reforma é de 64,3 anos; o valor da pensão média da segurança social é de 436 euros; cerca de 49% vivem em casal; existe uma maior percentagem de idosos no interior do país (Alcoutim é o município que regista o valor mais elevado, de 46%); cada vez a percentagem da população idosa é maior e com idades mais avançadas (em 1991, havia 754 centenários e, em 2019, havia 4178 centenários).

Numa sociedade em envelhecimento, a criação de estratégias que promovam o envelhecimento ativo e saudável, e que facilitem às pessoas viverem mais e com melhor qualidade e autonomia torna-se essencial (Seinfeld & Sanchez-Vivez, 2015) mas, também, um desafio. Neste desenvolvimento de estratégias que possibilitem uma resposta de saúde pública ao envelhecimento, importa não só considerar intervenções que minimizem as consequências negativas das perdas associadas ao avançar da idade, mas também intervenções que promovam a recuperação, adaptação e crescimento psicossocial (WHO, 2015), ou seja, que promovam um envelhecimento bem-sucedido, com diminuição do risco de desenvolvimento de transtornos mentais.

Na sequência do estado de emergência de saúde pública de âmbito internacional, devido à propagação do coronavírus SARS-CoV-2 a nível mundial, impuseram-se medidas restritivas de contacto que levaram ao isolamento social. Em Portugal, a população foi instruída a permanecer em casa, sobretudo após a declaração do Estado de Emergência em março de 2020. Realça-se o impacto desta medida para a população idosa, pois para eles o isolamento ainda deveria ser mais restrito e o mais longo possível. O isolamento assume sempre um papel muito relevante entre a população idosa, com o contexto pandémico aumentaram os processos de isolamento social, agravados na fase de propagação da pandemia. Os idosos correspondem à camada populacional de maior vulnerabilidade, uma vez que têm um sistema imunológico, por norma, debilitado, associado a um conjunto de comorbilidades comuns na idade avançada, tornando mais alta a probabilidade de desenvolver sintomas moderados ou graves, dificultando o tratamento da infeção e, conseqüentemente, contribuindo para que o risco de morte seja mais elevado. A pandemia por COVID-19 provocou um grande impacto ao nível do isolamento social nos idosos em toda a sociedade com consequências específicas ao nível da SM e do bem-estar. Este problema encontra-se em discussão na sociedade atual, realçado por vários aspetos, como: o crescente envelhecimento da população; a modificação do contexto em que vivem os idosos; as medidas de isolamento social adotadas durante o contexto pandémico; e os problemas de SM no idoso.

O isolamento social do idoso é amplamente reconhecido nas sociedades. A temática do seu impacto, em contexto de pandemia por COVID-19, na SM do idoso, está em análise neste estudo, suscitando interesse, pois, na prática diária, reconhece-se que este grupo etário foi muito afetado pelas medidas restritivas impostas, demonstrando os desafios que esta transição e adaptação acarretam. Assim, pretende-se compreender o impacto decorrente desde referido contexto na SM da população idosa, tendo em vista a promoção da SM, do bem-estar e da QV.

Foi realizada uma *Scoping Review*, com o objetivo geral de mapear a evidência científica disponível sobre o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na SM do idoso, pelo que se formulou a seguinte questão de revisão “Qual o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso?”. Inicia-se pelo enquadramento teórico, segue-se o enquadramento metodológico, a apresentação de resultados, a discussão dos achados relevantes, a referenciação das implicações para a prática, e, por último, as considerações finais. Os artigos incluídos neste estudo foram identificados por meio de pesquisa em Bases de Dados (BD) eletrónicas.

A problemática da pandemia foi transversal às diferentes comunidades mundiais. Decorrente deste aspeto, foi realizada uma avaliação do estado de saúde de um grupo etário, tendo em consideração os resultados de estudos efetuados em diversas comunidades. Esta atividade relaciona-se com uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, presentes no Artigo 2º do Regulamento n.º 428/2018, que se traduz na avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

2.1.2 – Enquadramento teórico

Idoso e Envelhecimento

Envelhecer é um processo que se inicia mesmo antes de nascermos, continua ao longo da vida, e consiste na alteração progressiva da estrutura biopsicossocial da pessoa (WHO, 1999). O envelhecimento está associado a alterações biológicas, que refletem os danos celulares que ocorrem ao longo do tempo, conduzindo à diminuição gradual das capacidades, a um risco acrescido de desenvolvimento de patologias e, em última instância, à morte. Para além de estar associado a aspetos biológicos, o envelhecimento também se relaciona com as transições da vida, nomeadamente as que ocorrem com a reforma ou a morte de amigos e cônjuges. De um modo geral, a dinâmica do processo de envelhecimento compreende mudanças biológicas, fisiológicas, psicológicas, comportamentais, sociais e ambientais, podendo estas alterações ser benignas ou resultarem do declínio funcional, incapacidade ou fragilidade (National Institute on Aging, 2020). Segundo Clegg et al., (2013, p.1), a fragilidade é a “expressão mais problemática do envelhecimento da população”, sendo o resultado do declínio de vários sistemas fisiológicos ao longo da vida e estando associada à vulnerabilidade e à preocupação com o prognóstico de uma pessoa idosa.

De acordo com a Direção Geral da Saúde (2006), considera-se pessoa idosa o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006). Apesar do conceito de idoso compreender

mais comumente a idade de 65 anos ou mais, podem considerar-se outros intervalos cronológicos, como por exemplo: “idosos precoces” aqueles com idade entre os 65 e os 74 anos e “idosos tardios” aqueles com mais de 75 anos (Orimo et al., 2006). Já segundo o Eurostat (2020), a pessoa com 65 anos ou mais é designada de idoso e, aqueles com 85 anos ou mais, são designados de “pessoas muito idosas”. De facto, no âmbito estatístico, os idosos são alocados a grupos de idade específicos, dependendo das visões culturais e pessoais (WHO, 1999). Ao mesmo tempo que se considera a definição de idoso baseada na idade cronológica, deverão considerar-se as variações históricas, regionais e sociais que contribuem também para essa definição (Orimo et al., 2006), podendo perceber-se que a idade é uma medida incompleta porque ignora as alterações na esperança de vida das pessoas (Scherbov & Sanderson, 2019). Decorrente deste aspeto, importa realçar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta uma definição alternativa para pessoa idosa: a pessoa que ultrapassa a esperança média de vida à nascença (Eurostat, 2020).

Segundo a WHO (2015), a ideia de que os idosos de hoje têm melhor saúde do que os seus pais torna-se menos evidente. De facto, a longevidade é um recurso valioso, que proporciona a oportunidade de refletir sobre as questões relacionadas com a idade avançada, dependendo fortemente da vivência de um envelhecimento saudável (WHO, 2020). O envelhecimento saudável diz respeito ao processo de desenvolvimento e preservação da capacidade funcional que propicia o bem-estar nesta fase da vida (WHO, 2015). Por capacidade funcional entende-se a aptidão de uma pessoa para realizar as atividades de vida diárias básicas e as atividades instrumentais de vida diárias consideradas necessárias para manter a sua autonomia e independência (Espinho, 2018), resultando da interação entre a capacidade intrínseca da pessoa e do ambiente que a rodeia (WHO, 2020). O bem-estar é o objetivo principal do envelhecimento saudável, podendo ser definido em termos de diferentes aspetos em interação (física, mental, social e ambiental), tendo cada aspeto um diferente nível de importância e impacto para cada pessoa (Kiefer, 2008). Associado ao conceito de envelhecimento saudável, surge o largamente aplicado conceito de envelhecimento ativo, que pode ser definido como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação social e a segurança para todos (WHO, 2015). O termo “ativo” relaciona-se com a participação no contexto social, cultural, económico, espiritual e cívico (Portugal, SNS, DGS, 2017a). A promoção de um envelhecimento ativo tem como objetivo a melhoria da QV da pessoa à medida que envelhece (WHO, 2015), considerando-se especialmente o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração sociais, como componentes fundamentais da QV no idoso (Portugal, SNS, DGS, 2017a). Os dois conceitos, envelhecimento saudável e ativo, estão intimamente ligados, pois ambos compreendem a promoção da autonomia e do bem-estar, baseada em comportamentos de

saúde, no envolvimento social e na promoção de transições bem-sucedidas ao longo da vida (WHO, 2015). No que se relaciona com os domínios do envelhecimento ativo (independência, participação, capacidade e trabalho), Serra e Garcia (2020) referem-nos que na população idosa portuguesa: 68% das mulheres e 76% dos homens manifestam satisfação com a vida; 38% consideram ter mau estado de saúde; 19% fazem exercício físico todas as semanas; 8% frequentam um clube ou associação semanalmente, valor percentual inferior ao da União Europeia (20%); 30% usam a internet pelo menos uma vez por semana; 22% cuidam dos netos várias vezes por semana; 5% fazem voluntariado social todos os meses. Importa considerar neste âmbito o índice de envelhecimento ativo, que monitoriza o nível em que os idosos vivem de forma independente as suas vidas, participam nas atividades sociais e desempenham um trabalho remunerado, assim como a sua capacidade de envelhecer de forma ativa (United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2015). De acordo com Serra e Garcia (2020), o índice de envelhecimento ativo em Portugal, em 2018, foi de 33,5, posicionando Portugal no 18º lugar na lista dos Estados-Membros (em 1º lugar, com um índice de 47,2, posiciona-se a Suécia).

As pessoas idosas, que vivenciam esta fase das suas vidas com boa saúde, participam socialmente e são parte integrante da família e comunidade, constituindo-se como elementos fortalecedores das sociedades (WHO, 2020). No entanto, se a vivência das pessoas idosas for dominada por problemas de saúde, isolamento social ou dependência de cuidados, as implicações para o idoso e sociedade poderão ser negativas (*Idem*). No mundo, as condições que afetam os indivíduos com 60 ou mais anos causam cerca de 23% da carga global da doença (Portugal, SNS, DGS, 2017a). O Estudo sobre a Carga Global de Doenças evidencia que a doença isquémica cardíaca, o acidente vascular cerebral e a diabetes são as doenças que mais contribuem para a perda de saúde em pessoas com 50 ou mais anos (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020). Evidenciou também que a doença pulmonar obstrutiva crónica, o cancro do pulmão, a doença renal crónica e a perda auditiva relacionada com a idade apareceram no *ranking* das 10 primeiras causas de anos de vida saudável perdidos, em ambos os grupos etários (50-74 anos e 75 anos), enquanto que a doença de Alzheimer e outras demências, infeções respiratórias e quedas apareceram entre as 10 primeiras para pessoas com 75 anos ou mais (*Idem*).

Importa destacar o plano de ação da OMS, com base na Estratégia Global da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, no Plano de Ação Internacional das Nações Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda das Nações Unidas 2030, que se denomina “A Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030” (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2021). Esta estratégia permitirá promover uma ação conjunta de governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais,

académicos, meios de comunicação social, setores privados, com o objetivo de melhorar a vida da pessoa idosa, a sua família e comunidade (WHO, 2020). A visão desta estratégia é a de um mundo onde as pessoas possam viver vidas longas e saudáveis, tendo como princípios orientadores: a interconexão e indivisibilidade, o caráter inclusivo, parcerias com múltiplas partes interessadas, o caráter universal, não deixar ninguém para trás, a equidade, a solidariedade intergeracional, o compromisso e não causar dano. Como áreas de ação principais foram definidas as seguintes: mudar a forma de pensar, sentir e agir relativamente à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades da pessoa idosa; fornecer cuidados integrados, com centralidade na pessoa e que atendam às necessidades dos idosos; e fornecer o acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que deles necessitem (*Idem*). Em linha com a referida estratégia da OMS, com o Plano Nacional de saúde e os Programas Nacionais de Saúde, encontra-se a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, que resultou de um trabalho em parceria interministerial e intersectorial, apresentando diretivas de ação nos seguintes âmbitos: prevenção e gestão de doenças crónicas; diminuição das capacidades físicas e mentais da pessoa idosa; reorientação do sistema de saúde para o atendimento das necessidades da pessoa idosa, atendendo a necessidades específicas de género; e combate ao preconceito etário no acesso e utilização dos serviços (Portugal, SNS, DGS, 2017a).

COVID-19

A OMS atribuiu o nome *COVID-19* à doença, que resulta das palavras “**C**orona”, “**V**írus” e “**D**oença”, com indicação do ano em que surgiu (2019). COVID-19 é a doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2 que foi identificado pela primeira vez em humanos, no final de 2019, na cidade chinesa de *Wuhan*. Segundo Kamps e Hoffmann (2021), nos primeiros casos verificou-se o desenvolvimento de pneumonia e insuficiência respiratória nos doentes, o que fazia lembrar a epidemia da Síndrome Respiratória Aguda Grave (na sigla em inglês SARS: *Severe Acute Respiratory Syndrome*) de 2003. Após se ter propagado na China, o vírus atingiu a população mundial, passando por vários países da Ásia, seguindo-se a Europa e os restantes continentes. O relatório de atualização epidemiológica semanal da OMS de 21 de setembro de 2021 (WHO, 2021a) regista mais de 3,6 milhões de casos e pouco menos de 60.000 mortes relatadas entre 13 e 19 de setembro, verificando-se, atualmente, uma diminuição do número de casos e mortes em todo o mundo. Ao longo deste tempo, presenciaram-se períodos epidemiológicos críticos, que contribuíram para os números cumulativos atuais: quase 228 milhões de casos e mais de 4,6 milhões de mortes, em todo o mundo desde o início da pandemia (*Idem*). Em

Portugal, de acordo com o Relatório de Situação nº 586 da DGS, de 9 de outubro (Portugal, SNS, DGS, 2021a), até ao momento, foram diagnosticadas com infeção 1 074 813 pessoas e 18 034 pessoas morreram de COVID-19. Importa considerar que nem todos os casos foram diagnosticados, principalmente os assintomáticos, pelo que se pondera que o número de infeções e mortes seja maior relativamente ao registado. A disseminação do vírus SARS-CoV-2 pelo mundo levou a OMS a declarar a presença de uma pandemia, termo que serve para designar uma epidemia que se alastra ao mesmo tempo em vários países (Portugal, SNS, 2021c).

O SARS-CoV-2 é um vírus de ácido ribonucleico, membro da família *Coronaviridae* (Asselah et al., 2021), que infeta uma ampla gama de vertebrados, incluindo morcegos, pássaros, pangolins, cobras, ratos e humanos, acreditando-se que o vírus tenha tido uma origem zoonótica e que, posteriormente, tenha adquirido a capacidade de se disseminar na espécie humana (Andersen et al., 2020). As infeções causadas pelos coronavírus estão, normalmente, associadas ao sistema respiratório, podendo ser idênticas a uma gripe comum ou evoluir para uma doença mais grave, como a pneumonia (Portugal, SNS, 2021c).

Os sinais e sintomas mais comuns são febre e tosse (Asselah et al., 2021), assim como sensação de cansaço, perda de paladar e olfato, sendo os sintomas menos comuns a dor de garganta, dor de cabeça, diarreia, entre outros (WHO, 2021b). As manifestações clínicas podem ir desde uma infeção leve, em que a resposta imune inicial do hospedeiro é capaz de controlar a infeção, a doença grave, em que a resposta imunológica excessiva leva a danos nos órgãos, necessidade de terapia intensiva, levando por vezes à morte (Oberfeld et al., 2020). A maioria das pessoas com infeção por SARS-CoV-2 desenvolve uma doença leve a moderada, nem necessidade de hospitalização (WHO, 2021b), no entanto aproximadamente 10% necessita de internamento hospitalar e, aproximadamente, um terço delas necessita de tratamento em unidades de cuidados intensivos, sendo a taxa de mortalidade geral da infeção por SARS-CoV-2 inferior a 1% (Kamps & Hoffmann, 2021). Neste sentido, importa considerar os fatores de risco associados ao desenvolvimento de doença grave: cancro, doença renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica, Síndrome de Down, doença cardiovascular, sistema imunitário comprometido, obesidade, gravidez, anemia falciforme, tabagismo, diabetes *mellitus* tipo 2 (Centers for Disease Control and Prevention, 2021a). Segundo Cevik et al. (2020), a COVID-19 segue um padrão bifásico de doença, com uma fase de resposta viral precoce e uma segunda fase inflamatória, não se sabendo as consequências a longo prazo desta doença.

A transmissão do vírus SARS-CoV-2 está bem estudada e apresenta a transmissão respiratória como o principal meio de propagação da doença, através do contacto próximo com pessoas infetadas pelo SARS-CoV-2 (transmissão direta). A transmissão através do

contacto direto com superfícies ou objetos contaminados (transmissão indireta) pode ocorrer, dado que as gotículas com o vírus podem depositar-se nos objetos ou superfícies que rodeiam a pessoa infetada e, desta forma, infetar outras pessoas que tenham contato com esses objetos ou superfícies, e levem as mãos à boca, olhos ou nariz (Portugal, SNS, DGS, 2020a). O vírus SARS-CoV-2 possui uma taxa de transmissão e infecciosidade considerável, devendo-se a taxa de disseminação acelerada à sua mutação de ganho de função, diferenciando este vírus do seu homólogo SARS-CoV (Vellingiri et al., 2020). Estas mutações ou combinações de mutações contribuem para uma capacidade seletiva do vírus, contribuindo para uma maior transmissibilidade ou capacidade de evadir a resposta imune do hospedeiro, potenciando um aumento do risco para a saúde humana (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Relativamente ao tratamento da COVID-19, este é dirigido aos sinais e sintomas que os doentes apresentam, no sentido de lhes proporcionar alívio e conforto (Portugal, SNS, DGS, 2020b).

Para evitar o colapso do SNS, foi necessária uma ação governamental rápida, com a implementação de medidas de prevenção da infeção, tendo sido algumas delas: o dever geral de recolhimento domiciliário e confinamento obrigatório para pessoas infetadas com a COVID-19 ou em vigilância ativa; a instituição do regime de teletrabalho; o cancelamento de eventos públicos; o encerramento de espaços suscetíveis de reunir grandes grupos; o encerramento do comércio, com exceção dos estabelecimentos de bens e serviços essenciais; a restrição de acesso a praias e parques, bem como da atividade física ao ar livre; suspensão das atividades letivas e não letivas e de apoio social; o encerramento de fronteiras; a suspensão de voos; o isolamento de todas as pessoas provenientes do estrangeiro; e a utilização da máscara, a higienização das mãos e o cumprimento do distanciamento físico e das regras de etiqueta respiratória (Oliveira & Fernandes, 2020).

Neste contexto de pandemia, termos como isolamento social, quarentena e confinamento começaram a ser utilizados no quotidiano das pessoas. Segundo a DGS: o termo isolamento diz respeito à medida aplicada em pessoas infetadas com o vírus, para que através do afastamento social não haja contacto destas com outras pessoas; o termo quarentena aplica-se em situações de pessoas que se pressupõe serem saudáveis, mas que em algum momento possam ter estado em contacto com uma pessoa infetada com o vírus (Portugal, SNS, DGS, 2021b). Confinamento pode ser definido como um conjunto de medidas dirigidas à redução da transmissão do vírus SARS-CoV-2, que são de carácter obrigatório, de aplicação indiscriminada a uma população em geral, e incluem restrições ao padrão social e económico da sociedade (Haider et al., 2020).

De acordo com Kamps e Hoffmann (2021), as ações implementadas consideraram os locais e momentos que podem potenciar um aumento das infeções múltiplas (como, por

exemplo, hospitais e centros de saúde, unidades de cuidados continuados e lares, instalações de lazer, reuniões familiares). Uma das medidas de prevenção que exigiu uma união de esforços da comunidade científica a nível mundial foi a vacinação contra a COVID-19, que foi realizada faseadamente, tendo em conta grupos prioritários previamente definidos, evidenciando-se que a população idosa foi considerada nessa priorização: na primeira fase, as pessoas com idade superior ou igual a 50 anos com patologias específicas e as pessoas com 80 ou mais anos de idade (Portugal, SNS, DGS, 2021c); na segunda fase, as pessoas com 65 ou mais anos com ou sem patologias (Portugal, SNS, 2020).

A pandemia por COVID-19 teve e tem um impacto em toda a sociedade, evidenciado pelas crises socioeconómicas, políticas e de saúde (Valent, 2021) que surgiram desde o seu início, com consequências específicas ao nível da SM e do bem-estar da população: sintomatologia de ansiedade, como sensação de peso no peito, dificuldade nas inspirações profundas, sensação de sufoco e ataques de pânico (Sher, 2020); depressão; suicídios; violência doméstica; problemas de SM; interrupções de sistemas e de relacionamentos (individuais, familiares, de trabalho, comunitários e internacionais) (Valent, 2021); agudização de situações de vulnerabilidade social; mudanças nos padrões alimentares; medos relacionados com a infeção; preocupações com a própria saúde e com a dos seus familiares; dificuldades de concentração; agravamento de problemas crónicos de saúde; e aumento do abuso de substâncias e da participação em jogos (Oliveira & Fernandes, 2020; Panchal et al., 2020). Os estudos a nível internacional são unânimes e concluíram a existência de importantes problemas de SM associados ao contexto pandémico, tendo sido relatado com maior frequência: aumento de sintomatologia de ansiedade (Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Rossi et al., 2020) e depressão (Bäuerle et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Rossi et al., 2020), sofrimento psicológico (Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020), perturbação de stress pós-traumático (Casagrande et al., 2020; Rossi et al., 2020), perturbações do sono (Casagrande et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Rossi et al., 2020) e solidão (Losada-Baltar et al., 2020).

Em Portugal, foi desenvolvido o Projeto “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19”, promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia COVID-19 na SM e no bem-estar da população em geral e dos profissionais de saúde, tendo em conta dimensões como ansiedade, depressão, stress pós-traumático, *burnout* e resiliência, entre outras (Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19, 2021). Deste estudo, evidenciam-se os seguintes resultados:

- 34% dos indivíduos da população geral apresentam sinais de sofrimento psicológico, sendo que são sobretudo as mulheres, os adultos jovens, os desempregados e os indivíduos com baixo rendimento quem apresenta mais frequentemente sintomas de sofrimento psicológico moderado a grave;
- cerca de um terço dos participantes revela um nível elevado de resiliência, sobretudo os indivíduos a partir dos 50 anos, assim como os empregados e os reformados, com os homens a revelarem uma maior percentagem;
- a manutenção de passatempos/hobbies, de rotinas diárias e/ou de atividade física, têm um efeito protetor do bem-estar psicológico e estão associadas a um risco diminuído de sintomas de ansiedade, depressão ou stress pós-traumático;
- a dificuldade na conciliação trabalho-família, a preocupação com a manutenção do trabalho ou preservação do rendimento, a perceção de menos apoio social ou familiar, e a preocupação relativamente ao futuro são determinantes relevantes de problemas de SM na população geral;
- mais de 40% dos respondentes sentem-se otimistas em relação ao futuro;
- nos indivíduos que indicaram estar ou ter estado em quarentena, em isolamento ou já recuperados da COVID-19, 72% reportaram sofrimento psicológico e mais de metade referiu sintomas de depressão moderada a grave;
- dos indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos, a maioria (92%) refere sintomas de ansiedade moderada a grave (Almeida et al., 2020).

Isolamento Social

Segundo Cabral et al. (2013), o processo de envelhecer aumenta riscos associados à: idade e vulnerabilidade do estado de saúde; dependência, seja física, mental ou económica; estigmatização, seja ela por discriminação excludente ou atitudes paternalistas. Os riscos associados ao isolamento social, à solidão e a um menor contato com amigos e familiares por parte da pessoa idosa são igualmente importantes, contribuindo para níveis mais baixos de bem-estar mental no idoso (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). De acordo com Jeste et al. (2020), as sociedades modernas enfrentam atualmente as designadas “epidemias comportamentais”, sendo o isolamento social e a solidão deste modo classificadas. Apesar dos dois conceitos surgirem associados, apresentam definições distintas. O isolamento social refere-se ao estado objetivo dos ambientes sociais e padrões interacionais das pessoas, ao nível e frequência dessas

interações (Hwang et al., 2020). O isolamento social diz respeito às características objetivas de uma situação, em que existe uma pequena rede de relações de parentesco e não parentesco, e as pessoas são consideradas socialmente isoladas de terem poucos vínculos significativos ou até mesmo a ausência destes (Jong-Gierveld et al., 2018). Já a solidão corresponde ao sentimento subjetivo de estar sozinho (Hwang et al., 2020), acompanhado por um sentimento de vazio e rejeição, em que existe um maior risco de solidão quando as pessoas estão socialmente isoladas (Jong-Gierveld et al., 2018). Nas pessoas idosas, o isolamento social e a solidão acentuam os riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, declínio cognitivo, demência, depressão, ansiedade e suicídio, afetando a longevidade, diminuindo a QV e o bem-estar (WHO, 2021c). Ainda de acordo com Cabral et al. (2013), o isolamento social, decorrente da redução de contactos e de reconhecimento social, está relacionado com a solidão e com doenças do foro mental, como, por exemplo, a depressão.

Apesar da valorização crescente, até há pouco tempo, o isolamento social e a solidão eram “determinantes sociais da saúde negligenciados” (WHO, 2021c, p.2). Importa compreender a relação existente entre solidão e isolamento social. De acordo com Cabral et al. (2013), a solidão pode existir na copresença de outras pessoas e não somente quando há isolamento físico ou social. De acordo com Victor et al. (2000), as pessoas socialmente isoladas não são necessariamente solitárias, e pessoas solitárias não são necessariamente isoladas socialmente. As expectativas sociais dos indivíduos, que decorrem das normas e valores culturais predominantes, afetam os padrões de relacionamento e o grau de solidão de uma pessoa (Jong-Gierveld et al., 2018), sendo aspetos determinantes para a solidão e o isolamento social. Neste sentido, nem todos aqueles que vivem sozinhos estão isolados, mas importa considerar que a maioria das pessoas isoladas socialmente vive sozinha (Victor et al., 2000).

Em contrapartida, a conexão social abrange uma diversidade de termos utilizados na literatura científica (por exemplo, apoio social, integração social, coesão social), que se relacionam com os moldes de estar fisicamente ou emocionalmente conectado a alguém (Holt-Lunstad, 2020), e a sua importância para a saúde e bem-estar das pessoas (Wilkinson et al., 2019). Deste modo, estar socialmente conectado associa-se ao bem-estar, sendo uma forma de evitar o isolamento social (Zaine et al., 2019). O apoio social desempenha um papel importante no que se relaciona com o isolamento social, podendo ser definido como o processo interativo no qual ajuda emocional, instrumental ou financeira é obtida na rede social de alguém (Bowling, 1994).

O isolamento social é algo difícil de monitorizar na prática, dado que não existem medidas padronizadas, nem escalas para o efeito (Victor et al., 2000). No entanto, este pode

ser medido pela força da rede social que envolve o idoso e pelas características dos indivíduos e instituições que compõem essa rede. (Institute of Medicine [US] Division of Health Promotion and Disease Prevention, 1992). De acordo com Bowling (1994), as redes sociais podem ser definidas como as relações sociais que envolvem uma pessoa, as suas características e a percepção individual que a pessoa tem das mesmas, podendo ser identificadas pelos seguintes aspetos: dimensão (número de membros da rede), densidade (o grau de inter-relação entre os membros da rede), acessibilidade e reciprocidade das relações estabelecidas (Victor et al., 2000). Nesta medida, a natureza da rede social de uma pessoa foi identificada como a chave para o nível de isolamento social que ela experimenta (*Idem*). As abordagens para “medir” o isolamento social passam pela atenção aos níveis de contacto social, especificação da participação social e a quantificação das redes sociais (Victor et al., 2000). A ausência ou fragilidade da rede social conduz à identificação de idosos socialmente isolados (Institute of Medicine [US] Division of Health Promotion and Disease Prevention, 1992).

Relativamente aos fatores que podem conduzir ao isolamento social, Seegert (2017) refere os seguintes: problemas de mobilidade, perda de capacidade para conduzir, opções de transporte limitadas, habitar em meios rurais isolados, a reforma, o preconceito da idade, o aumento da fragilidade, a falta de possibilidades económicas para os custos da socialização e a falta de oportunidades de participação na comunidade. Segundo Cabral et al. (2013), a partida dos filhos de casa, a separação ou a morte do cônjuge, são transições importantes e potenciadoras do isolamento social. Também a utilização de equipamentos médicos, como por exemplo material de oxigenoterapia, pode levar a preocupações da sua utilização num contexto social (Thomson et al., 2013), assim como as dificuldades de audição ou de visão no idoso (Rutherford et al., 2018), podendo considerar-se fatores potenciadores de isolamento social. De facto, como já foi referido, a perda auditiva relacionada com a idade é uma das dez primeiras causas de anos de vida saudável perdidos, nas faixas etárias mais avançadas, sendo a utilização de aparelhos auditivos importante para o combate ao isolamento social associado à perda de audição (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020). Tornar-se cuidador é um dos fatores influenciadores do isolamento social, contribuindo para este aspeto o facto de uma grande percentagem de idosos serem cuidadores de idosos (Karsch, 2003), sendo que os destinatários dos cuidados são fisicamente mais frágeis e estão mais isolados, podendo ocorrer uma maior vulnerabilidade ao isolamento social (Sun et al., 2019), quer do idoso dependente quer do cuidador informal. Os imigrantes e refugiados com idades avançadas apresentam um maior risco de isolamento social, dado que se encontram mais vulneráveis a fatores de risco únicos como: racismo, discriminação, barreiras linguísticas, separação de

amigos e familiares, redes sociais fracas (Johnson et al., 2021). Segundo Hajek & König (2017), estudos relatam que as quedas podem conduzir à exclusão social. De facto, as probabilidades de ocorrência de quedas entre pessoas com 60 ou mais anos aumentam (Petersen et al., 2020), sendo que o receio de cair pode levar a que o idoso evite sair de casa, podendo comprometer a socialização com familiares e amigos e o acesso aos serviços de saúde (por exemplo, consultas), atividades recreativas, trabalho e voluntariado (Snedeker, 2017). O *National Institute on Aging* (2021) acrescenta ainda os seguintes fatores de risco para o isolamento social: viver sozinho; ter apoio social limitado; morar numa zona rural, insegura e/ou de difícil acesso; experimentar discriminação pela idade, raça, etnia, orientação sexual e/ou identidade de género.

No que se relaciona com os efeitos do isolamento social, este foi associado a um risco aumentado de aproximadamente 50% de desenvolvimento de demência (Centers for Disease Control and Prevention, 2021b), sendo que, nos países industrializados, o isolamento social está também associado a ideação suicida, comportamento suicida não fatal e ao suicídio na idade avançada (Fässberg et al., 2012). Segundo Yu et al. (2020), um risco aumentado de mortalidade em doentes com doença cardiovascular foi associado ao isolamento social. Uma meta-análise realizada por Leigh-Hunt et al. (2017), identificou uma associação significativa entre isolamento social e solidão com um aumento de todas as causas de mortalidade e o isolamento social com um aumento das doenças cardiovasculares. Um dos efeitos associados ao isolamento social, evidenciado no estudo de Aminzadeh e Dalziel (2002) sobre a utilização dos serviços de emergência pela pessoa idosa, foi que o isolamento social e morar sozinho foram associados a internamentos hospitalares. Segundo Matos et al. (2021), idosos socialmente isolados são mais propensos a baixos níveis de atividade física e a terem uma dieta inadequada, com consumo diário de frutas e vegetais reduzido.

Saúde Mental no Idoso

Segundo a OMS, o conceito de saúde pode ser definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946, p.1). Implícita nesta definição está a importância dada à SM, que é parte integrante do referido conceito de saúde da OMS, evidenciando a forte relação entre as componentes mental, física e social (Portugal, SNS, DGS, 2002). De acordo com a OMS, a SM é um estado de bem-estar em que a pessoa compreende as suas próprias habilidades, sendo capaz de lidar com o *stress* normal da vida, contribuindo com a sua produtividade para a comunidade em que está envolvido (WHO, 2018). Já de acordo com

Galderisi et al. (2017, p.408), a SM pode ser definida como “um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos usar as suas habilidades em harmonia com os valores universais da sociedade”, em que a referência ao equilíbrio se relaciona com as mudanças que os desafios que diferentes fases da vida transportam. É consensual que SM seja mais do que a ausência de perturbações mentais (Portugal, SNS, DGS, 2002), abrangendo o bem-estar subjetivo, a perceção de autoeficácia, a autonomia, a competência, relação intergeracional e auto-realização do potencial da pessoa, a nível intelectual e emocional.

A SM é vital para os indivíduos e famílias, sendo que “o estado de saúde mental é uma consideração chave na mudança do estado de saúde de uma comunidade” (WHO, 2004, p.15), sendo fundamental para um desenvolvimento sustentável (WHO, 2019). A doença mental é a “perda da saúde mental devido a um transtorno mental” (OECD, 2018, p. 21), sendo que transtornos mentais podem ser definidos como “aqueles que atingem o limiar clínico de um diagnóstico de acordo com sistemas de classificação psiquiátrica, incluindo transtornos como depressão, ansiedade, transtorno bipolar e esquizofrenia” (*Idem*, p. 21). Os problemas de SM incluem transtornos mentais, neurológicos, consumo de substâncias, risco de suicídio e deficiências psicossociais, cognitivas e intelectuais (WHO, 2019), sendo que nos países da União Europeia, afetam cerca de 84 milhões de pessoas (OECD, 2018). Os principais determinantes da SM são: os aspetos individuais que se relacionam com a capacidade de gerir os próprios pensamentos, emoções, comportamentos e interações com outras pessoas; os aspetos sociais que se relacionam com fatores culturais, económicos, políticos e ambientais, estilos de vida, condições de trabalho e apoios sociais da comunidade (WHO, 2013). As repercussões dos problemas de SM verificam-se em vários níveis na sociedade, incluindo indivíduos, famílias, locais de trabalho e economia, verificando-se em várias situações o abandono escolar, uma menor probabilidade de conseguir um emprego e uma redução da QV (Doran & Kinchin, 2019). Segundo a OECD (2018), a doença mental afeta a saúde física, as relações, os empregos e as oportunidades da pessoa, podendo conduzir não só a uma vivência menos plena, mas também a vidas perdidas prematuramente, como se verifica nos países da União Europeia em 2015, em que mais de 84 000 pessoas morreram devido a problemas de SM e suicídios. Os custos económicos são também significativos, e muitas vezes subestimados, nomeadamente os resultantes: dos benefícios de assistência social; de uma menor participação da pessoa no mercado de trabalho; da redução das taxas de emprego; da diminuição das horas de trabalho para cuidadores informais da pessoa com doença mental; e do impacto sobre os colegas de trabalho (*Idem*). Relativamente ao impacto na economia, salienta-se que a depressão e a ansiedade custam à economia global cerca de 1 trilião de dólares americanos

por ano (WHO, 2019). Nos países da União Europeia, em 2015, os custos globais com as doenças mentais foram equivalentes a mais de 600 biliões de euros (WHO, 2019). Importa também referir que as pessoas com problemas de SM estão muitas vezes expostas a situações de violações dos direitos humanos, discriminação e estigma, existindo também uma maior probabilidade de estas enfrentarem problemas de saúde física (*Idem*).

Nas últimas décadas assistiu-se a uma crescente valorização da SM das populações, com a implementação de planos e programas, transformando-a numa área prioritária de ação e transformando-se as conceções que as pessoas têm sobre a SM. Esta crescente valorização evidencia-se na criação pela OMS do Plano de Ação para a SM 2013-2020 (WHO, 2013), adotado pela 66.^a Assembleia Mundial da Saúde que foi descrito como um marco. Na 72.^a Assembleia Mundial da Saúde, o referido Plano foi estendido até 2030 (WHO, 2021d), tendo como principais objetivos: “promover o bem-estar mental, prevenir transtornos mentais, prestar cuidados, melhorar a recuperação, promover os direitos humanos e reduzir a mortalidade, morbilidade e incapacidade para pessoas com transtornos mentais” (WHO, 2013, p. 9). De acordo com este Plano, destaca-se a preocupação com as respostas às populações por parte dos serviços de SM e cuidados sociais que se preconizam abrangentes e integrados em contextos comunitários, assim como a implementação de políticas e planos nesta área que tenham em consideração as necessidades das pessoas em todas as fases do curso de vida, desde a infância à idade avançada (*Idem*).

Concomitantemente, a nível nacional, várias políticas têm sido implementadas e atualizadas em linha com as diretrizes da OMS. Em 2008, foi aprovado o Plano Nacional de SM 2007-2016 (Portugal, Ministério da Saúde [MS], 2008), que tem como valores: a indivisibilidade da SM da saúde geral; a promoção e salvaguarda dos direitos humanos; a prestação de cuidados preferencialmente em contexto comunitário; a coordenação e integração dos cuidados de modo a facilitar a continuidade dos mesmos; a abrangência dos serviços, incluindo um leque diversificado de dispositivos e serviços face às necessidades das comunidades; a participação comunitária; a proteção de grupos vulneráveis (crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com incapacidade); a acessibilidade e equidade; e a recuperação, baseada na promoção da autodeterminação das pessoas com problemas de SM. Em 2017, através do Programa Nacional para a SM (Portugal, SNS, DGS, 2017b), foi prolongado o Plano até 2020, e em 2021 a Assembleia da República emite recomendações ao Governo para o reforço das respostas e estratégias na área da SM, de forma a implementar as mudanças necessárias à consecução dos objetivos enunciados (Assembleia da República, 2021).

Com o avançar da idade, acontecem mudanças fisiológicas que influenciam a capacidade do corpo em resistir ou neutralizar o stress, assim como adversidades psicossociais que adicionadas a este determinam a vulnerabilidade a doenças físicas e mentais (Banerjee et al., 2021). Tal como existe um maior risco de desenvolvimento de diabetes, perda auditiva e osteoartrose com o avançar da idade, existe também o risco de desenvolvimento de transtornos mentais, doenças neurológicas ou problemas relacionados com o uso indevido de substâncias, pelo que o reconhecimento dos desafios de saúde física e mental na pessoa idosa é essencial (WHO, 2017). De facto, os transtornos mentais e neurológicos no idoso representam 6,6% de incapacidades (anos de vida saudável perdidos), com cerca de 15% de pessoas com 60 ou mais anos a sofrerem de transtorno mental (*Idem*).

De acordo com Lilford e Hughes (2020), a população idosa apresenta uma alta carga de doenças mentais, sendo que a demência é a mais comum. Nos países da OECD, a média da prevalência da demência aumenta 2,3% entre as pessoas de 65 a 69 anos, para quase 42% entre as pessoas de 90 anos ou mais, evidenciando-se a idade como principal fator de risco, concluindo-se que à medida que os países envelhecem, o número de pessoas que vivem com demência aumenta (OECD, 2019). Para além da idade, género, suscetibilidade genética, existem outros fatores de risco como por exemplo: educação e estimulação intelectual relacionadas com a reserva neural, fatores psicossociais, fatores de risco vasculares (consumo de tabaco, elevados níveis de colesterol, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*) e a perda da acuidade auditiva (Lilford & Hughes, 2020).

A depressão é um dos problemas de SM mais comuns na população idosa (*Idem*), no entanto não é uma condição normal do processo de envelhecimento (Centers of Disease Control and Prevention, 2021a). Segundo a OECD (2018), a prevalência de depressão crónica aumenta com a idade, tendo-se verificado em 2014 que na faixa etária dos 55-64 anos, 11,4% das mulheres e 7,1% dos homens apresentavam depressão crónica, verificando-se que essas taxas diminuíam entre os 65-74 anos, e aumentavam novamente em idades mais avançadas. De facto, os distúrbios depressivos surgem nas dez primeiras causas de anos de vida saudável perdidos em mulheres na faixa etária dos 50-74 anos (GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020). A depressão em idades mais avançadas é associada frequentemente a menor suporte emocional, a perceção de *stress* financeiro, a pior saúde física e a níveis mais baixos de educação (Grundy et al., 2017). Segundo VanItallie (2005), a solidão, a dificuldade de locomoção, a perda do cônjuge e a suscetibilidade genética são fatores importantes que associados a transtornos físicos geram uma depressão clinicamente significativa.

De acordo com o estudo de Lilford e Hughes (2020), existem outros problemas de SM no idoso, embora sejam menos comuns do que em adultos jovens, como, por exemplo, as psicoses, os transtornos obsessivo-compulsivos e os transtornos de ansiedade, estes últimos a afetarem cerca de 3,8% da população idosa (WHO, 2017). O uso indevido de substâncias, nomeadamente o consumo de álcool e de fármacos prescritos e de venda livre, contribui para os problemas de SM no idoso (Lilford & Hughes, 2020), afetando quase 1% das pessoas nesta faixa etária em todo o mundo (WHO, 2017). Acrescenta-se o *delirium* que é apontado como a condição psiquiátrica mais comum em doentes idosos internados em hospitais (Lilford & Hughes, 2020). Deste modo, existe uma variabilidade de problemas de SM que contribuem para uma morbilidade significativa na pessoa idosa (*Idem*).

A doença mental no idoso para além de contribuir para a morbilidade, contribui para a mortalidade. O suicídio é um dos problemas que tem aumentado com a idade (OECD, 2018). A nível mundial cerca de um quarto das mortes por automutilação verifica-se em pessoas com idade superior a 60 anos (WHO, 2017). Nos países da União Europeia, verifica-se um maior número de casos de suicídio no género masculino, atingindo um pico entre os 45-64 anos, diminuindo ligeiramente entre os 65-74 anos, e voltando a aumentar a partir dos 75 anos (OECD, 2018). Em Portugal, são as pessoas com idade superior aos 65 anos que mais morrem por suicídio, sendo que: é no género masculino que se verifica um maior número de casos; cerca de 30,9% dos indivíduos apresenta idade superior a 75 anos; existe maior prevalência em zonas economicamente desfavorecidas; a mortalidade é mais elevada nas regiões do Centro e Sul (Nunes, 2018). Deste modo, existe uma possível relação entre suicídio e envelhecimento, assim como com: a região de residência, a privação de bens, o analfabetismo, baixa integração social, dificuldades económicas e restrições no apoio social, entre outros (*Idem*). De acordo com a OECD (2018), os eventos importantes da vida (falecimento de um ente querido, por exemplo), o isolamento social, o contexto socioeconómico ou cultural, são fatores importantes e que podem explicar porque algumas pessoas são levadas à tentativa ou ao suicídio completo. Salienta-se igualmente a importância dos sintomas depressivos relacionados com esta problemática, em que o suicídio e as tentativas de suicídio são mais frequentes em idosos deprimidos (VanItallie, 2005).

De facto, a SM é indissociável da saúde física, influenciando-se mutuamente, evidenciando-se que: idosos com problemas na sua saúde física apresentam mais repercussões na sua SM, e idosos com problemas na sua SM podem sofrer repercussões negativas na sua saúde física (WHO, 2017). A doença mental na pessoa idosa pode ser de difícil diagnóstico, ou até mesmo ausente, dado que existem diferentes formas de apresentação da mesma (por exemplo, o surgimento de doenças físicas relacionadas com

transtornos de ansiedade) (Lilford & Hughes, 2020), assim como apresentações atípicas ou diferenciais que podem levar a diagnósticos incorretos, sendo os sintomas subsindrômicos muito mais comuns nas pessoas idosas (Banerjee et al., 2021). De acordo com VanItallie (2005), em idosos com patologias diagnosticadas, os sintomas depressivos podem passar despercebidos, dado que por vezes parece que fazem parte da patologia concomitante diagnosticada. Saliencia-se que, de acordo com a WHO (2017), a subidentificação dos problemas de SM nos idosos, pelos profissionais de saúde, é uma realidade, assim como o estigma associado que conduz a uma relutância por parte da pessoa idosa em procurar apoio.

Os principais fatores influenciadores de problemas de SM na pessoa idosa são: perda gradual e significativa de capacidades e o declínio na capacidade funcional; mobilidade reduzida; dor crónica; fragilidade; luto; reforma que pode conduzir a perda do *status* socioeconómico; vulnerabilidade a abusos (físico, verbal, psicológico, financeiro e sexual), negligência, perdas de dignidade e respeito (WHO, 2017). Segundo Banerjee et al. (2021), para além das alterações biológicas inerentes ao envelhecimento, as vulnerabilidades sociais que incluem a perda de autonomia, a dependência física e financeira, a morte de entes queridos, a tristeza, solidão e o isolamento social são aspetos que prejudicam o bem-estar e promovem o sofrimento psicológico (WHO, 2017), conduzindo a alterações na SM e repercussões extensas e, por vezes, irrevogáveis na pessoa idosa.

O estigma e o preconceito relacionado com a idade são importantes fatores influenciadores da SM na pessoa idosa (Herrick et al., 1997). O idadismo, que pode ser definido como o “estereótipo e a discriminação contra indivíduos ou grupos com base na sua idade” (WHO, 2015, p.11), está fortemente relacionado com a SM (Lyons et al., 2018), afetando negativamente os cuidados de SM dos idosos, podendo contribuir para a depressão e o suicídio (Herrick et al., 1997). Estes estereótipos afetam a autoestima e identidade da pessoa idosa, impedindo um envelhecimento ativo e saudável (Portugal, SNS, DGS, 2017a), constituindo-se como um obstáculo ao acesso a cuidados de saúde e à adesão a tratamentos.

2.1.3 – Metodologia

Esta *Scoping Review* foi conduzida tendo por base o método proposto pela *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Peters et al., 2020), tendo sido redigida com base no *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). O protocolo da revisão foi realizado e seguido, embora

não tenha sido publicado e/ou registado. Contudo, o mesmo pode ser providenciado mediante pedido.

Questão de Revisão e Objetivo Geral

Foi formulada a questão de revisão “Qual o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso?”, e o objetivo geral de “Mapear a evidência disponível sobre o impacto do isolamento social durante a pandemia por COVID-19 na saúde mental do idoso.”

Estratégias de pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Bases de Dados (BD) *PubMed*, *CINAHL Complete* (via *EBSCOhost*) e *Cochrane Library*, bem como no portal do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com obtenção de resultados no âmbito da literatura cinzenta. Foram incluídos estudos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, com data de publicação de dezembro de 2019 até à atualidade. A escolha que motivou o intervalo de tempo da pesquisa deveu-se ao facto de o contexto da temática em estudo ser o da pandemia por COVID-19, que surgiu em dezembro de 2019 e se mantém no presente.

As estratégias de pesquisa utilizadas encontram-se apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratégias de pesquisa por BD

PubMed: Pesquisado a 11 setembro 2021		
ID	Estratégia de Pesquisa	Resultados
#1	Search: (((((((aged[MeSH Terms])) AND (impact[Title/Abstract])) AND (COVID-19[MeSH Terms])) OR (SARS-CoV-2[MeSH Terms])) AND (social isolation[MeSH Terms])) OR (lockdown[Title/Abstract])) AND (mental health[MeSH Terms])	478
#2	Search: (((((((aged[MeSH Terms])) AND (impact[Title/Abstract])) AND (COVID-19[MeSH Terms])) OR (SARS-CoV-2[MeSH Terms])) AND (social isolation[MeSH Terms])) OR (lockdown[Title/Abstract])) AND (mental health[MeSH Terms]) Filters: English	472
#3	Search: (((((((aged[MeSH Terms])) AND (impact[Title/Abstract])) AND (COVID-19[MeSH Terms])) OR (SARS-CoV-2[MeSH Terms])) AND (social isolation[MeSH Terms])) OR (lockdown[Title/Abstract])) AND (mental health[MeSH Terms]) Filters: English, Portuguese	472

#4	Search: (((((((aged[MeSH Terms])) AND (impact[Title/Abstract])) AND (COVID-19[MeSH Terms])) OR (SARS-CoV-2[MeSH Terms])) AND (social isolation[MeSH Terms])) OR (lockdown[Title/Abstract])) AND (mental health[MeSH Terms]) Filters: English, Portuguese, Spanish	475
----	--	-----

CINAHL Complete (via EBSCO): Pesquisado a 11 setembro 2021

ID	Estratégia de Pesquisa	Resultados
#1	MW aged AND TI impact AND MW covid-19 OR TI sars-cov-2 AND MW social isolation OR TI lockdown AND MW mental health	216
#2	MW aged AND TI impact AND MW covid-19 OR TI sars-cov-2 AND MW social isolation OR TI lockdown AND MW mental health. Limiters: Published Date – 2019/12/01-2021/12/31	216
#3	MW aged AND TI impact AND MW covid-19 OR TI sars-cov-2 AND MW social isolation OR TI lockdown AND MW mental health. Limiters: Published Date – 2019/12/01-2021/12/31; Narrow by Language – Portuguese, English	216

Cochrane Library: Pesquisado a 10 setembro 2021

ID	Estratégia de Pesquisa	Resultados
#1	(aged):ti,ab,kw	527384
#2	MeSH descriptor: [Aged] explode all trees	214353
#3	(impact):ti,ab,kw	119821
#4	(social isolation):ti,ab,kw	1293
#5	MeSH descriptor: [Social Isolation] explode all trees	314
#6	(lockdown):ti,ab,kw	101
#7	(mental health):ti,ab,kw	32479
#8	MeSH descriptor: [Mental Health] explode all trees	1714
#9	(covid-19):ti,ab,kw	6853
#10	MeSH descriptor: [COVID-19] explode all trees	583
#11	(sars-cov-2):ti,ab,kw	283
#12	MeSH descriptor: [SARS-CoV-2] explode all trees	427
#13	(#1 OR #2) AND (#3 AND #4 OR #5 OR #6 AND #7 OR #8) AND (#9 OR #10 OR #11 OR #12)	34
#14	(#1 OR #2) AND (#3 AND #4 OR #5 OR #6 AND #7 OR #8) AND (#9 OR #10 OR #11 OR #12) with publication year from 01-12-2019, in “Cochrane reviews” and “Trials”	34

Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal: Pesquisado a 20 setembro 2021		
ID	Estratégia de Pesquisa	Resultados
#1	Título: Saúde Mental E Título: Idoso Publicação de 2019 a 2021; Idioma: Português, Inglês e Espanhol.	5
#2	Título: COVID-19 E Assunto: Idoso Publicação de 2019 a 2021; Idioma: Português, Inglês e Espanhol.	5

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram transferidas para o *My EndNote Web*, disponível *online* de forma gratuita, e os duplicados removidos. A fim de avaliar a sua elegibilidade, os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (MS e CC). Após esta fase, os artigos elegíveis foram, então, analisados com base nos seguintes critérios de inclusão:

- *Participantes*: considerados todos os estudos que incluíssem pessoas idosas;
- *Conceito*: considerados todos os estudos que abordassem o impacto do isolamento social na SM do idoso;
- *Contexto*: considerados todos os estudos inseridos no contexto de pandemia por COVID-19.
- *Tipo de Estudos*: Todos os tipos de estudos, nomeadamente revisões sistemáticas, estudos quantitativos, qualitativos e de métodos mistos.

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes (MS e CC), tendo por base as orientações do JBI para a elaboração de uma revisão *Scoping*, evidenciando os autores e os resultados de cada estudo

2.1.4 – Resultados

Após os duplicados terem sido removidos, um total de 724 artigos foram encontrados nas bases de dados. Destes, 672 foram eliminados com base na leitura do título e resumo. 50 artigos foram selecionados e avaliados pelos critérios de inclusão. Destes, 21 foram excluídos pelas seguintes razões: 8 deles pelos participantes, 9 não se enquadravam no conceito proposto e 1 no contexto, e 3 por serem estudos inacabados (Apêndice VII). Os 29 estudos restantes foram considerados elegíveis (Apêndice VIII). Este processo está representado na Figura 2.

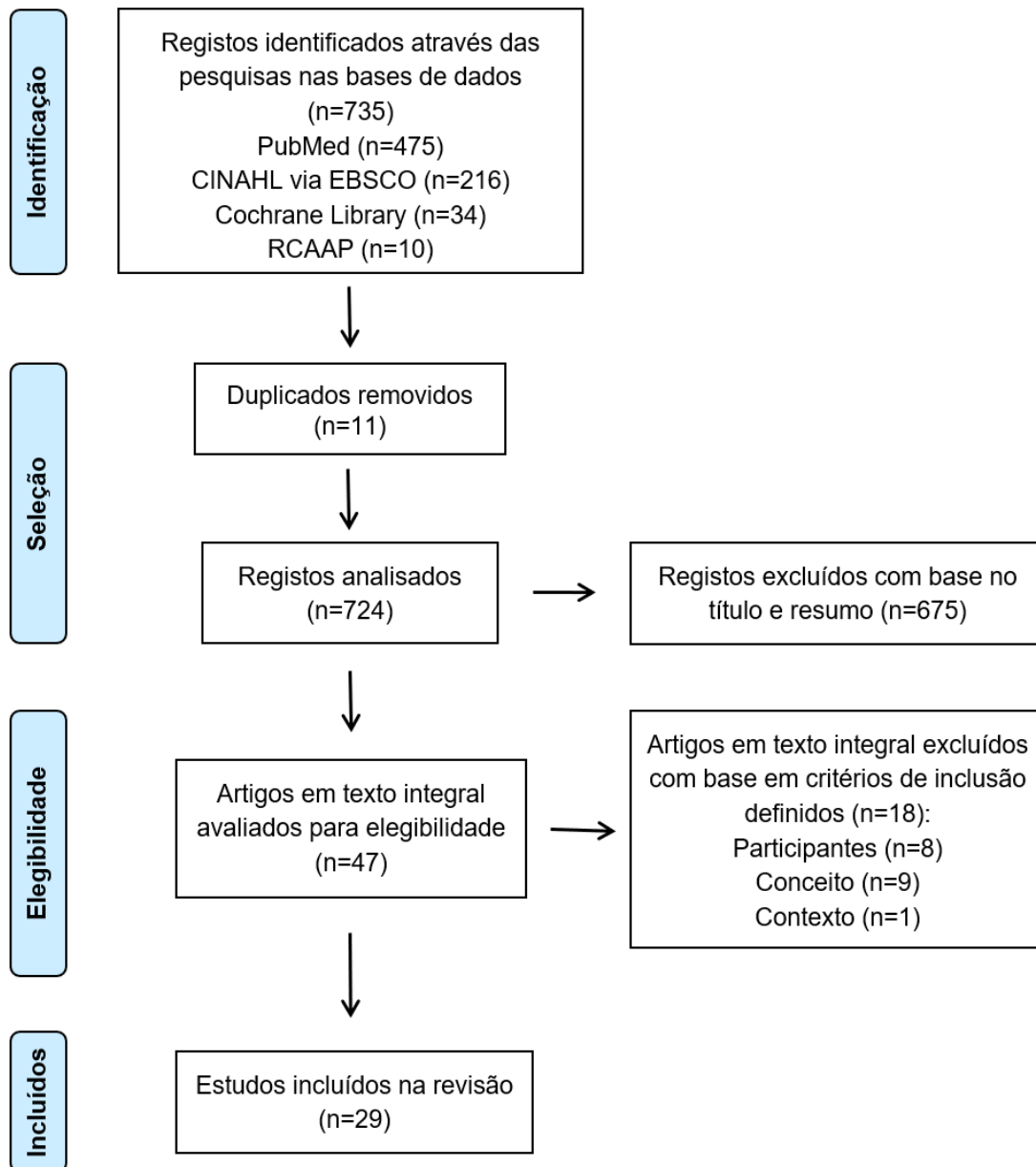


Figura 2 – *Flowchart* do processo de seleção e inclusão do estudo (imagem adaptada).

Fonte: Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

As principais conclusões dos estudos incluídos na revisão encontram-se apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Apresentação dos resultados

Autores e Ano	Conclusões
(McArthur et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Nos idosos institucionalizados, que já tinham alterações na sua SM (delírio, depressão, problemas comportamentais), o efeito do isolamento não foi estatisticamente significativo. • Os idosos institucionalizados são vulneráveis aos efeitos do isolamento social, tendo maior risco de efeitos negativos na sua SM.
(Adams et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Várias atividades sociais restringidas, como a participação social. • Evidência da ansiedade nos idosos no contexto de isolamento devido à pandemia. • Verificaram-se resultados positivos inesperados no isolamento social no idoso, no que se relaciona com alguns aspetos da sua SM, decorrentes dos esforços da mitigação da pandemia, como: dispor de mais tempo para a concretização de hobbies, o início e manutenção de novas rotinas, completar tarefas que tinham sido adiadas (exemplos: prática de exercício físico, organização das finanças e leitura) e o fortalecimento das relações afetivas com os seus familiares (estabelecido com a ajuda da tecnologia, por exemplo, <i>Zoom</i> e <i>Facebook</i>), permitindo ainda o restabelecimento de relações com pessoas com quem tinham perdido contacto.
(Sepúlveda-Loyola et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Os principais resultados relatados foram: ansiedade, depressão, má qualidade do sono e inatividade física durante o período de isolamento, bem como a dedicação excessiva às notícias sobre a pandemia. • Ser do género feminino, ser idoso, ter história prévia de problemas de saúde, ter um conhecido ou um familiar infetado com COVID-19 e/ou ter uma autoperceção negativa do envelhecimento, atuam como potenciais fatores de risco associado ao impacto na SM, durante o isolamento social. • Recomendações: prática de atividade física e o uso da tecnologia, neste contexto de isolamento social (benefícios: a implementação de estratégias cognitivas e o aumento dos níveis de atividade física através de aplicações, vídeos <i>online</i> e telessaúde).
(Brown et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • 42% dos idosos relataram estar menos ativos do que antes do confinamento. • A maioria dos participantes relatou boa saúde com baixos níveis de ansiedade e depressão em relação à saúde. • Muitos foram capazes de identificar os aspetos positivos do confinamento e podem estar mais bem equipados para lidar com ele do que o previsto. Destaque da resiliência presente na população idosa e dos seus recursos pessoais perante as adversidades do isolamento social e do impacto que dele decorre.
(Vrach & Tomar, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Evidência de que o isolamento social, especialmente em epidemias e pandemias, está associado a um aumento de problemas psicológicos. O isolamento está associado a taxas mais altas de depressão e ansiedade. • O isolamento social e a solidão aumentam o risco de transtornos mentais em pessoas

	<p>mais velhas: sentimentos avassaladores de isolamento ou perda de relações sociais têm implicações na SM (no declínio da cognição, do humor e da sensibilidade à ameaça).</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pandemia levou a que muitas famílias não pudessem encontrar-se com os seus parentes idosos, com o intuito de os protegerem do vírus, o que provocou desconexão social e uma percepção de isolamento potenciadora de depressão e ansiedade.
(Lekan et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • As restrições impostas ao contato físico ampliaram o isolamento social e a solidão que muitos idosos já experimentavam. • A pesquisa demonstra que o isolamento social está associado a um maior risco de mortalidade precoce, doenças cardíacas, diabetes, demência e depressão. Embora alguns idosos possam estar habituados a menos contato social, a restrição social contínua pode levar à depressão marcada por diminuição do apetite, energia, motivação, sentimentos de tristeza, declínio funcional e cognitivo. • Entre os idosos com demência, o isolamento social é particularmente preocupante, uma vez que esse grupo é o mais vulnerável aos seus piores efeitos. • Os idosos que residem em lares de idosos são particularmente vulneráveis aos efeitos do isolamento social.
(Almeida et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar das restrições impostas por medidas de distanciamento social, não foram observadas mudanças significativas no domínio de funcionamento social, mas a percepção do estado de saúde pelos idosos sofreu um declínio acentuado, principalmente no âmbito da vitalidade e da SM. • Nos idosos que vivem na comunidade ocorreu uma melhoria significativa na função cognitiva, facto observado após um mês de isolamento social. • Os idosos que viviam sozinhos durante a pandemia apresentaram pior evolução da função cognitiva. Viver com mais pessoas parece contribuir para uma melhor percepção do estado de saúde.
(Van der Roest et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • O isolamento social é uma séria ameaça à saúde dos idosos e aumenta o risco de mortalidade. • A solidão foi relatada por 77% idosos residentes em lares, com evidência de um aumento na gravidade de comportamentos como a agitação, depressão, ansiedade e irritabilidade. • O estudo compara os efeitos do isolamento social nos idosos residentes em unidades psicogerítricas e em unidades não psicogerítricas, com registo de que o aumento da gravidade de problemas de comportamento foi relatado com mais frequência em unidades não psicogerítricas do que em unidades psicogerítricas. • Durante o isolamento social por COVID-19, as restrições de visitas conduziram a altos níveis de solidão, depressão, problemas comportamentais e uma exacerbação significativa do humor.
(Stolz et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • As medidas de restrição do COVID-19 resultaram em níveis aumentados de solidão entre os idosos, com verificação do aumento da solidão em 2020, comparativamente com anos anteriores. • Os idosos entrevistados relataram ter sido afetados negativamente pelas restrições

	<p>relacionadas à pandemia. Mais especificamente, 80,7% afirmaram ter sido afetados negativamente por não poderem frequentar restaurantes e bares, 72,4% por não poderem participar em atividades sociais, desportivas ou culturais, 62,6% por restrição de liberdade de movimentos, 57,8% por não poderem ver os filhos ou netos pessoalmente, 36% por não poderem participar em celebrações familiares (incluindo funerais), 18,5% por não poderem visitar idosos dependentes e 9,4% por não poderem visitar membros da família em estado grave ou terminal.</p>
(Krendl & Perry, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos relataram maior depressão e maior solidão após o início da pandemia. • A maioria dos idosos (79,3%) disse que a sua vida social diminuiu ou foi afetada negativamente pelo COVID-19, e cerca de 69% relataram passar menos tempo com pessoas com as quais se preocupam. No entanto, 60,9% relataram gastar mais tempo estabelecendo contacto com as pessoas de quem gostavam, e 78,2% usou algum tipo de tecnologia da Internet para se manter em contato durante a pandemia, gastando, em média, cerca de 79 minutos socializando virtualmente ou pelo telefone diariamente. • Os resultados revelaram que os idosos que se sentiram menos próximos de sua rede social durante a pandemia experimentaram um aumento de sintomas depressivos. • Os resultados sugerem que a pandemia afetou negativamente a SM e o bem-estar social dos idosos, de forma imediata. Ao mesmo tempo, reforçam a adaptabilidade dessa população na manutenção de suas relações sociais e a importância da percepção da solidão e da integração social.
(McKinlay et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes descreveram ameaças potenciais ao seu bem-estar durante a pandemia, incluindo o medo da morte, o luto pela vida normal e as preocupações com o futuro. Os participantes também descreveram atividades e comportamentos que ajudaram a proteger a sua SM. Alguns participantes descreveram um período transitório de incerteza no início do primeiro confinamento, associado a nervosismo e falta de sono. • Os resultados destacam a importância de manter o acesso ao essencial para promover sentimentos de normalidade e o uso de apoio social para ajudar a reduzir a incerteza em tempos de pandemia. Foi justificada a presença de stress nos idosos principalmente devido à falta de apoio no acesso aos suprimentos básicos, como a produtos farmacêuticos. • Muitos foram resilientes em relação às restrições de distanciamento social, apesar das primeiras preocupações relatadas sobre as consequências para a SM entre a população idosa. • Alguns participantes foram incapazes de se envolver em atividades como cerimónias religiosas semanais, grupos de teatro e desporto, e, relativamente à atividade física, o isolamento social provocou um desempenho físico reduzido na população idosa. • Aspectos apontados como positivos neste contexto de isolamento social: um melhor acesso a apoio social, fortalecimento das relações afetivas com os seus familiares, menos pressão social, dispor de mais tempo para a concretização dos seus hobbies, início e manutenção de novas rotinas, usufruto de um ritmo de vida mais lento, assumir responsabilidades sociais como cozinhar para um familiar, telefonar para saber dos amigos ou cuidar de um animal de estimação.

<p>(Pisula et al., 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Os participantes relataram angústia, ansiedade, raiva, incerteza, exaustão e expressaram medo do contágio. Identificada maior vulnerabilidade em pessoas que vivem sozinhas, em ambientes pequenos e fechados, com ligações e redes fracas, ou acesso limitado a tecnologias. A tecnologia foi um fator fundamental para manter os vínculos. A grande maioria dos entrevistados relatou apoiar-se no parceiro com quem coabita, reinventando o relacionamento e gostando da companhia um do outro, realizando diferentes atividades em conjunto. Porém, em algumas situações, o confinamento parece ter piorado as relações já problemáticas com os seus companheiros(as), verificando-se discussões constantes e sensação de desconforto.• As principais emoções identificadas foram angústia e medo. Assim, observamos em vários participantes que a angústia e o medo se aprofundaram com a exposição excessiva às notícias ou aos media, o que influenciou os seus pensamentos e atitudes negativas, propiciando sentimentos de incerteza. Com o prolongamento do isolamento, percebeu-se um aumento das expressões ligadas à irritabilidade, raiva, tédio e cansaço, chegando ao ponto da exaustão. Vários deles expressaram essas emoções ligadas à impossibilidade de ver os netos. Outro elemento que observamos nos participantes foi a perturbação do sono, muitos deles tiveram pesadelos, insónias, mudanças nas horas de vigília ou até mesmo permanecer mais tempo na cama, mesmo quando já estavam acordados, levando a um aumento do consumo de ansiolíticos sem consulta médica prévia.• Foram encontradas nos vários participantes reflexões sobre a morte, e a finitude da vida em torno do pouco tempo que resta, e a sensação de perda do tempo com o confinamento em suas casas. Vários entrevistados compartilharam preocupações sobre um futuro "mais robótico", preocupados com a expressão da afetividade no futuro.• A realização de atividades de apoio à família por parte dos idosos permitiu-lhes experienciar benefícios significativos, como sentirem-se mais úteis e ocuparem o seu tempo livre, deixando para outros familiares a responsabilidade de realizar compras ou tratar de burocracias, possibilitando aos idosos a permanência nas suas casas. Os participantes expressaram o medo de se tornar um fardo para a família e a autopercepção de inutilidade que a situação gera para eles. A impossibilidade de estar perto, de contato físico e de calor afetivo com os familiares, levou a que muitos optassem por romper o isolamento obrigatório e até desconsideraram as medidas de distanciamento ao vê-los, envolvendo-se em comportamentos de risco como abraços e beijos sem levar em conta as consequências.• Alguns participantes relataram ter sido tratados "como crianças", devido às recomendações do governo para se manterem confinados em casa, considerando o isolamento social, preventivo e obrigatório como "prisão domiciliar", "ditadura" ou "perda da liberdade".• Foi referido que a empatia foi demonstrada entre "os da sua geração", com os quais se sentiram compreendidos porque partilham pensamentos, interesses e modos de vida, com encontros favorecidos por meio de comunicações virtuais mediadas por plataformas digitais.• Alguns dos recursos que apareceram com maior frequência: ocupação de espaços ao ar livre, atividades físicas, ioga ou técnicas de meditação, "negócios caseiros" como a venda de artesanato em madeira ou casacos tricotados à mão, fazer reparos em casa ou redecorar, ler ou frequentar aulas de línguas. Estes comportamentos parecem responder a uma lógica de "redução de danos", onde, na tentativa de fugir dos pensamentos negativos, surgem práticas
------------------------------	--

	<p>de superação. Entendemos esses novos hábitos como uma estratégia para enfrentar o tédio e a perda da rotina.</p>
(Baker & Clark, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de isolamento terá um impacto negativo na SM de grupos vulneráveis, especialmente nos idosos. • Nos idosos, o não atendimento das necessidades de saúde física devido a limitações de recursos, causa um provável impacto negativo em todos os outros componentes da saúde, incluindo a SM. O medo da morte por COVID-19, especialmente na população idosa, pode ser evidenciado pela apresentação de sinais de ansiedade e depressão (transtornos de SM associados ao isolamento). O impacto da remoção de atividades sociais (como ir à igreja, ao cabeleireiro ou ao cinema, encontrar-se para tomar um café ou fazer exercícios leves com os amigos) devido ao isolamento social pode levar a sentimentos de negatividade. • Devido ao isolamento social, os <i>media</i> tornaram-se ainda mais importantes, no entanto, o conteúdo das notícias relativo à pandemia, que muitas vezes identifica os idosos como as pessoas de maior risco de desenvolvimento de doença grave e de mortalidade, contribui para o aumento da ansiedade e da angústia. • As equipas comunitárias, que prestam cuidados especializados de SM, estarão potencialmente sujeitas ao aumento da doença, evidenciando a problemática de um serviço de SM já sobrecarregado. • Foi justificada a presença de <i>stress</i> nos idosos principalmente devido à falta de apoio social, especificamente ao acesso aos suprimentos básicos, como a produtos farmacêuticos. O fornecimento de medicamentos durante o período de isolamento, principalmente para os idosos que tomam fármacos do foro psiquiátrico, controlo analgésico de longo prazo ou fármacos de suporte à vida utilizados na gestão de doenças crónicas, continua a ser um enorme fator de <i>stress</i>, e gerador de medo e ansiedade neste grupo etário.
(Baiyewu et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas com teste positivo para a COVID-19 são obrigadas a isolar-se e esta é uma grande preocupação para os idosos. • Aqueles com mais de 60 anos que precisam de se isolar ficam ansiosos e apreensivos com o que o futuro reserva, quando são informados de que têm a doença. O grau de ansiedade é maior no grupo com mais literacia e que sabe que quem tem diagnóstico de mais morbilidades corre um risco maior de mortalidade.
(Jeste, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos têm um maior risco de desenvolver doenças graves com complicações, necessitando de cuidados diferenciados, tal facto levou a um aumento do medo e da ansiedade entre os idosos e a um maior preconceito relativamente à idade, encorajando a evitação dos idosos. • Embora o distanciamento físico seja essencial, o distanciamento social é prejudicial. O distanciamento social para controlar a propagação da infeção afetou os idosos devido ao acesso limitado dos mesmos à tecnologia (<i>e-mail</i>, internet, videoconferências...), amplamente utilizada para compensar a falta de contacto social presencial. Esta utilização de meios tecnológicos, em detrimento do contacto direto, levou a que os idosos relatassem falta das interações humanas pessoais, como o toque e uma perspetiva tridimensional, tornando-se um problema para os idosos com alterações cognitivas ou sensoriais.

	<ul style="list-style-type: none"> • Também há relatos de idosos resilientes que se tornam modelos para jovens com dificuldades na gestão do stress durante a pandemia.
(Webb, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • O confinamento é potenciador do sofrimento mental dos idosos, impondo o isolamento social e aumentando as perceções de risco de morte e doença. • As histórias da comunicação social sobre mortes de idosos contribuem para aumentar a ansiedade das pessoas que se identificam como vulneráveis ou de risco.
(Cosco et al., 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • Os idosos fazem parte dos primeiros grupos a experimentarem as restrições de contacto pessoal. O distanciamento físico está associado a implicações psicossociais negativas, como o aumento da depressão e ansiedade. • A população idosa enfrenta um duplo fardo: a diminuição das esferas sociais relacionadas com a idade e a implementação de medidas que requerem distanciamento físico e isolamento forçado, quadro que influencia o estado de SM dos idosos. • A exclusão digital é uma grande força inibidora da conexão social digital nos idosos em contexto de isolamento social. A maioria das plataformas de videoconferência ou comunicação não foi desenvolvida considerando os idosos, levando a baixa adesão antes da pandemia de COVID-19 e dificuldade de acesso e uso dessas plataformas durante a pandemia. Este problema agrava-se devido a alterações fisiológicas como a perda de visão e/ou de destreza manual.
(Buenaventura et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • O medo por parte dos idosos, por serem considerados de maior risco para a doença, levou-os a ficar em casa, saindo só para o extremamente necessário. A quarentena levou ao aparecimento de sintomas associados à ansiedade e depressão na idade avançada, bem como reações psicológicas de <i>stress</i>. O distanciamento traduz-se na incapacidade dos idosos de ver amigos e familiares, experimentando um maior isolamento. • Os filipinos idosos não podiam comparecer aos serviços religiosos e observar as práticas religiosas tradicionais, desconectando-se com os seus líderes espirituais, membros da igreja e com o trabalho voluntário, aumentando assim a sua sensação de isolamento, ansiedade, incerteza e as suas necessidades espirituais não atendidas. • Um dos riscos para a saúde de estar em casa é o declínio da atividade física. O isolamento social na população idosa potencia o desenvolvimento de comportamentos não saudáveis, como, por exemplo: uma alimentação desadequada, má higiene do sono, o aumento do consumo de tabaco e álcool e um estilo de vida mais sedentário. • A dificuldade no acesso aos serviços de saúde foi uma das consequências da pandemia, tendo ocorrido um acesso muito limitado ou nenhum aos serviços de saúde pelos idosos. Esta dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, também potenciada por uma mobilização dos recursos de saúde para ambientes de atendimento emergencial. Há relatos de idosos a não cumprir o isolamento para se sustentarem, porque não têm mais ninguém de quem depender ou por não quererem ser um fardo para os membros mais jovens da família. • Os doentes com COVID-19 que estão hospitalizados são completamente isolados na enfermaria e separados dos seus entes queridos, situação difícil de enfrentar pelo medo de morrer sozinho e pelas famílias que não conseguem ver os seus entes queridos antes de morrerem e que correm o risco de sofrer um luto com complicações. Outro fator agravante

	para as famílias é a restrição de velórios e funerais, que pode levar à falta de encerramento por causa da morte dos mais próximos.
(Bobes-Bascarán et al, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • No artigo foi abordada a impossibilidade de ver amigos e familiares, verificando-se isolamento interpessoal e ausência de contato social e familiar. • Os idosos relataram níveis mais elevados de depressão após o início da pandemia. Esta pesquisa permitiu compreender as primeiras reações psicológicas à pandemia de COVID-19 e ao confinamento na população idosa, em que, independentemente do estado mental, o estilo depressivo foi o mais prevalente nesta amostra de idosos. O principal fator de proteção foi a capacidade de aproveitar o tempo livre, enquanto os principais fatores de risco foram ser do sexo feminino e história de transtorno mental pré-existente.
(Flint et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • A mudança social mais significativa foi o distanciamento social que originou uma série de mudanças na prestação de cuidados de SM, sendo a maior parte do atendimento ambulatorial agora prestado virtualmente, por vídeo ou telefone. Destacam-se os seguintes desafios: a disponibilidade limitada de tecnologia ao nível da telemedicina portátil em algumas unidades de cuidados de idosos, a dificuldade em fornecer atendimento virtual a residentes isolados por causa da infeção e o facto das equipas poderem estar menos disponíveis para participar no processo de avaliação e prestação de cuidados psicogeriátricos. • A política de distanciamento social tem levado à suspensão de grupos comunitários e programas de dia para idosos. Ocorreu um contacto menos frequente dos idosos com as equipas prestadoras de cuidados, o que pode levar a que mais casos de transtorno mental passem despercebidos e sem tratamento. No contexto da pandemia, várias organizações de SM e de cuidadores expandiram a sua presença <i>online</i>, com a partilha de informações sobre o efeito potencial da pandemia e medidas de saúde pública relacionadas com a SM, bem como estratégias de <i>coping</i>.
(Cigiloglu et al., 2021)	O distanciamento físico e o isolamento social também podem levar a problemas psicológicos, sociais e económicos, com um aumento da depressão e ansiedade e uma diminuição na QDV.
(Wong et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • As medidas de distanciamento social podem ter efeitos adversos sobre a saúde psicológica, social e física, numa população vulnerável como nos idosos que possuem multimorbilidades. Neste estudo realça-se que os idosos com múltiplas condições crónicas apresentavam solidão, ansiedade e insónia aumentadas, com aumento do número de consultas perdidas agendadas para tratamento de doenças crónicas, sendo que ser mulher, morar sozinho e ter mais do que quatro doenças crónicas foram fatores de risco. • A COVID-19 piorou a solidão social e emocional da população idosa. Os idosos que moravam sozinhos tinham maior probabilidade de ter solidão social durante o COVID-19, devido provavelmente à dependência de familiares e amigos que não moravam juntos para obter suporte social, e esse suporte foi reduzido devido ao distanciamento social durante o COVID-19. Mesmo quando os idosos moram com outras pessoas ou familiares, pode haver falta de apoio aos idosos devido às longas jornadas de trabalho da população ativa.

	<p>Portanto, as pessoas que vivem com famílias ou outras pessoas, podem na mesma sentir que não podem contar com os seus coabitantes e sentirem-se solitárias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O não atendimento das necessidades de saúde física nos idosos, muitas das vezes devido a recursos escassos, pode ter um efeito negativo na SM. • A ansiedade pode surgir do medo e da preocupação em ser infetado, e as medidas de distanciamento social podem resultar em mudanças nas rotinas diárias e na interrupção do suporte social, exacerbando a ansiedade e causando insónia.
(Khoury & Karam, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • No que se relaciona com a prestação de cuidados de SM, no início do confinamento, houve uma redução da utilização de serviços de SM pelos idosos com alguns tratamentos a serem descontinuados (por exemplo, eletroconvulsoterapia). • A rotina dos idosos libaneses normalmente envolve cuidar dos netos, ajudar a família nas tarefas diárias, reunir-se socialmente ao almoço de domingo e participar ativamente dos serviços religiosos, atividades que foram retidas com o COVID-19. • Pedidos <i>online</i> e entrega de mercadorias e medicamentos no domicílio não são serviços disponíveis em áreas rurais ou carentes. • Os cuidados com a demência também foram afetados: os doentes e cuidadores não participam nas atividades do programa de cuidados diários para idosos, as atividades terapêuticas nas casas de repouso foram interrompidas e as visitas de familiares foram proibidas. Para além do impacto na SM dos idosos, o isolamento social pode conduzir a um maior risco de abusos a idosos, por parte dos seus cuidadores. • A participação em <i>webinars</i> sobre transtornos mentais potencialmente exacerbados pela pandemia COVID-19 e grupos de apoio a cuidadores tem aumentado pelo facto de as pessoas ficarem confinadas em casa, aumentando a conscientização sobre doenças mentais em grande escala, o que provavelmente se traduzirá em melhores cuidados consigo mesmas e com os idosos de quem cuidam. Este resultado positivo inesperado encoraja as organizações a manter grupos de apoio online e <i>webinars</i> regularmente, mesmo depois da pandemia.
(Rolandi et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • A tecnologia foi um fator fundamental para a manutenção de vínculos e relacionamentos sociais, contribuindo para a redução da sensação de exclusão social, através de um uso mais frequente de redes sociais. Este resultado apoia a importância do treino dos idosos para o uso da tecnologia, a fim de melhorar a sua inclusão social. Quanto à rede social mais usada, os idosos mostraram uma preferência pelo <i>WhatsApp</i>, usado principalmente para manter contato social com a rede social atual. • Destaque da resiliência e dos recursos pessoais da população idosa perante as adversidades decorrentes da pandemia por COVID-19 (por exemplo, com uso da tecnologia para manutenção de contactos sociais): esta é uma mensagem importante, uma vez que o envelhecimento é frequentemente descrito apenas em termos de vulnerabilidades e perdas.
(Hwang et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • A quarentena e o distanciamento social devido à COVID-19, especialmente em idosos, levam a consequências potencialmente graves para a saúde física e mental, com um impacto amplificado nas pessoas com doença mental pré-existente. • Os adultos mais velhos são mais vulneráveis ao isolamento social e à solidão, pois são

	<p>funcionalmente muito dependentes de membros da família ou do apoio de serviços comunitários.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A ansiedade e depressão são associados como potenciais transtornos de SM associados ao isolamento. Estes dois estados podem causar retração social, o que exacerba a solidão e o isolamento associados ao distanciamento social. Depressão, ansiedade e distúrbios do sono são comuns, especialmente quando a pessoa está em quarentena ou auto-isolamento; outros os sintomas incluem raiva, irritabilidade e comportamentos compulsivos (lavagem e limpeza repetidas, por exemplo). • As pessoas com demência têm comprometimento da função adaptativa, e a pandemia pode agravar emoções negativas e invocar sintomas comportamentais e psicológicos, sendo importante considerar que as pessoas com demência podem ter dificuldade em compreender e obedecer ao distanciamento social. Os cuidadores familiares podem estar sob níveis especialmente altos de stress e sentir-se ainda mais isolados e sozinhos.
(Zhao et al., 2020)	<p>Os entrevistados idosos tendem para um risco maior de transtornos mentais. Em comparação com 2016 e 2017, o nível de <i>stress</i> aumentou 28,3%. Os aumentos nos níveis de <i>stress</i> foram significativamente maiores entre os entrevistados mais velhos e com menor escolaridade.</p>
(Röhr et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • A curto prazo, o bem-estar mental da população idosa alemã permaneceu praticamente inalterado durante o confinamento do COVID-19, sugerindo resiliência contra a desafiadora situação de pandemia. Os resultados refutam os estereótipos etários comuns dos “idosos fracos e vulneráveis”, presentes durante a pandemia. A resiliência durante o confinamento foi fortemente associada a melhor bem-estar mental: maior resiliência indicou menos sintomas depressivos, menos ansiedade, menos somatização, menos sofrimento psicológico geral e menos solidão. • Relativamente ao bem-estar mental durante o confinamento do COVID-19: as mulheres tiveram resiliência ligeiramente menor em comparação com os homens; a idade mais avançada foi associada a somatização aumentada e sofrimento psicológico geral; ter que se isolar devido à exposição ao COVID-19 foi associado à solidão; a duração do confinamento não foi significativamente associada ao bem-estar mental; sentir-se mais restringido pelo confinamento foi associado ao aumento da depressão e do sofrimento psicológico geral; e a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde foi associado a um maior sofrimento psicológico nos idosos. • Quanto à frequência de contato social, 42,7% dos participantes não tiveram contato direto com outras pessoas fora do domicílio durante o confinamento; no entanto, cerca de metade dos entrevistados (50,4%) relatou ter tido contato indireto com pessoas fora de casa todos os dias ou várias vezes ao dia. A maioria recebeu apoio pelo menos parcial na realização de tarefas diárias (por exemplo, compra de mantimentos) e foi pelo menos parcialmente capaz de aceder os serviços de saúde como habitualmente. • A grande maioria (89,8%) apoiava as medidas governamentais de quarentena, com a maioria dos participantes a concordar fortemente com elas (78,0%). Mais de um quarto sentiu-se restringido pelas medidas (27,6%) e aproximadamente 40% não se sentiram restringidos durante o confinamento.

(Brennan et al., 2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificação de uma redução no suporte formal dos prestadores de serviços de saúde durante a pandemia. • Para os idosos em geral, a COVID-19 desafiou as suas oportunidades de exercer autodeterminação na realização do seu próprio bem-estar. • Nos lares, o risco de abusos é ainda maior quando há pessoal temporário e ausência da visita de familiares, levando a um aumento da solidão como resultado de um aumento concomitante de sentimentos depressivos e níveis de ansiedade (os visitantes familiares auxiliam na monitorização da saúde e bem-estar dos seus entes queridos). As restrições da COVID-19 também têm impacto ao nível dos direitos dos doentes, incluindo desejos de fim de vida que não podem ser concretizados. Rituais, tradições e funerais foram na sua maior parte totalmente interrompidos. Os doentes morrem, frequentemente, sem a presença de familiares próximos e os membros da família não têm a oportunidade de se despedir, a menos que um telefone ou videochamada seja possível. • Na comunidade: os problemas consequentes de isolamento, ansiedade e depressão também são semelhantes e o aumento da ideação suicida é um problema. Pessoas com mais de 70 anos foram "fortemente aconselhadas" a fazer o que é denominado na Irlanda de "casular". Esta política representa um risco para a SM de idosos saudáveis.
(Murayama et al., 2021)	<p>Idosos tiveram o maior aumento na prevalência de isolamento social. As pessoas que ficaram socialmente isoladas durante a pandemia tinham maior solidão e medo do COVID-19 do que aquelas que não estavam socialmente isoladas.</p>

2.1.5 – Discussão

Foi possível a identificação de áreas que evidenciam o impacto do isolamento social na SM do idoso: a restrição de atividades, as alterações ao nível das relações sociais, o impacto na autonomia do idoso, as manifestações diretas das alterações na SM, os fatores de vulnerabilidade e as estratégias adotadas para prevenir ou minimizar o impacto na SM, e o impacto positivo do isolamento social.

Restrição de atividades

Nos diversos estudos analisados, evidenciou-se que a população idosa foi afetada negativamente pelo isolamento social que conduziu a diversas restrições relacionadas com a pandemia. De facto, os idosos fazem parte dos primeiros grupos a experimentarem as restrições de contacto pessoal (Cosco et al., 2021). No estudo de Stolz et al. (2021), os idosos identificaram as medidas restritivas com maior impacto nas suas vidas: 80,7% identificou a restrição de frequência de restaurantes e bares; 72,4% realçou a não participação em atividades sociais, desportivas ou culturais; 62,6% a restrição de liberdade de movimentos; 57,8% não poderem ver os filhos ou netos pessoalmente; 36% não

poderem participar em celebrações familiares; 18,5% não poderem visitar idosos dependentes; e 9,4% a restrição de visitas a membros da família em estado grave ou terminal. De facto, de acordo com Oliveira e Fernandes (2020), no contexto português, a implementação de medidas de prevenção da infeção passou por: encerramento de várias valências do comércio, com restrições em restaurantes e bares; o encerramento de espaços potenciadores da reunião de grandes grupos; o cancelamento de eventos públicos, diminuindo a participação em atividades sociais e culturais; e a restrição da atividade física ao ar livre.

Relativamente à atividade física, o isolamento social promoveu um desempenho físico reduzido na população idosa (McKinlay et al. 2021), quer a nível da prática desportiva, quer a nível da realização de exercícios mais leves com os amigos (Baker & Clark, 2020). No estudo de Brown et al. (2021), cerca de 42% dos idosos relataram estar menos ativos do que antes do confinamento, ideia corroborada no estudo de Sepúlveda-Loyola et al. (2020) que considerou mesmo existir inatividade física durante o período de isolamento. Estas restrições a nível da atividade física são promotoras de um estilo de vida mais sedentário durante o período de confinamento (Buenaventura et al., 2020). Estes resultados estão em conformidade com o estudo de Matos et al. (2021), em que idosos socialmente isolados estão mais predispostos a baixos níveis de atividade física.

Várias foram as atividades sociais restringidas: de âmbito familiar, como cuidar dos netos, ajudar a família nas tarefas diárias, participação nas refeições familiares (Khoury & Karam, 2020); ir ao cabeleireiro, ao cinema ou encontrar-se para tomar um café (Baker & Clark, 2020); participação em grupos comunitários e programas de dia para idosos (Flint et al., 2020; Adams et al., 2021); viagens; participação em grupos de teatro (McKinlay et al., 2021); alterações nas rotinas diárias; e na interrupção do suporte social (Wong et al., 2020). Com o propósito de prevenir a infeção, a suspensão de voos foi uma das medidas implementadas (Oliveira & Fernandes, 2020), restringindo a realização de viagens. Os resultados relativos ao suporte social que evidenciam interrupções de apoios desta natureza, são também evidenciados nos estudos de Almeida et al. (2020) e de Oliveira e Fernandes (2020). Igualmente, o National Institute on Aging (2021) associa o isolamento social a um apoio social limitado. No entanto, no estudo de McKinlay et al. (2021) os participantes relataram altos níveis de apoio social.

No que respeita às atividades religiosas, vários idosos manifestaram o não atendimento das suas necessidades espirituais devido à impossibilidade de comparecimento nos serviços religiosos (Baker & Clark, 2020; Buenaventura et al., 2020; Khoury & Karam, 2020; McKinlay et al., 2021), na observação de práticas religiosas tradicionais e na desconexão com os seus líderes espirituais, membros da igreja e com o trabalho voluntário,

aumentando assim a sua sensação de isolamento (Buenaventura et al., 2020). De salientar ainda, a restrição nos velórios e funerais, impossibilitando as famílias de se despedirem dos seus entes queridos (Buenaventura et al., 2020; Stolz et al., 2021).

A população idosa enfrenta um duplo fardo: a diminuição das esferas sociais relacionadas com a idade e a implementação de medidas que requerem distanciamento físico e isolamento forçado (Cosco et al., 2021). Este quadro influencia o estado de SM dos idosos (Baker & Clark, 2020; Cosco et al., 2021). A WHO (2020) refere mesmo que se a vivência do idoso for dominada pelo isolamento social, as implicações para o idoso e sociedade poderão ser negativas.

Impacto a nível relacional

O distanciamento social traduz-se na diminuição ou impacto negativo na vida social relatada por cerca de 79,3% dos idosos participantes no estudo de Krendl e Perry (2021), sendo que cerca de 69% relataram passar menos tempo com pessoas com as quais se preocupam (*Idem*). Nos artigos incluídos, decorrente do contexto pandémico, foi abordada a impossibilidade de ver amigos e familiares, verificando-se um maior isolamento interpessoal (Buenaventura et al., 2020), com ausência de contato social e familiar (Bobes-Bascarán et al., 2020). Quanto à frequência de contato social, no estudo de Röhr et al. (2020), 42,7% dos participantes não tiveram contato direto com outras pessoas fora do domicílio durante o confinamento; no entanto, cerca de metade dos entrevistados (50,4%) relatou ter tido contato indireto com pessoas fora de casa todos os dias ou várias vezes ao dia. De uma forma geral, a maioria dos idosos investigados por Röhr et al. (2020) recebeu apoio na realização de tarefas diárias (por exemplo, compra de mantimentos). Estes resultados são díspares dos do estudo de Almeida et al. (2020), em que a população em geral percecionou um menor apoio familiar, aspeto determinante para o desenvolvimento de problemas de SM. Realça-se também o facto das interrupções nos relacionamentos familiares terem consequências específicas ao nível da SM e do bem-estar da população (Valent, 2021).

Durante o isolamento social, a perda de relações sociais tem implicações na SM (Vrach & Tomar, 2020), facto evidenciado no estudo de Krendl e Perry (2021) em que os resultados revelaram que os idosos que se sentiram menos próximos da sua rede social durante a pandemia experimentaram um aumento de sintomas depressivos. Com efeito, o isolamento social da pessoa idosa contribui para níveis mais baixos de bem-estar mental neste grupo etário (OECD, 2018). Em contraposição, apesar das restrições impostas por medidas de distanciamento social, não foram observadas mudanças significativas no

domínio de funcionamento social estudado por Almeida et al. (2021), nem no bem-estar mental da população idosa (Röhr et al., 2020).

No contexto da pandemia, os familiares são uma figura motivadora para os idosos, verificando-se uma relação de ajuda mútua, evidenciada no estudo de Pisula et al. (2021) em que os idosos realizam atividades de apoio aos seus familiares e estes assumem a responsabilidade de atividades que evitam a saída dos idosos de suas casas, prevenindo a infecção. No entanto, o distanciamento social também levou à impossibilidade dos idosos verem os netos, o que gerou emoções negativas como raiva e irritabilidade (Pisula et al., 2021). No caso dos idosos que dependem de familiares e amigos para obter suporte social, o mesmo foi reduzido durante a pandemia, devido ao isolamento social, levando a uma maior probabilidade de terem solidão (Wong et al., 2020).

Durante o isolamento social por COVID-19, as restrições de visitas foram uma das medidas aplicadas (Khoury & Karam, 2020), quer a nível hospitalar ou de estruturas residenciais para idosos, conduzindo a altos níveis de solidão, depressão e uma exacerbação significativa do humor, problemas comportamentais (Van der Roest et al., 2020) e ansiedade (Vrach & Tomar, 2020). Buenaventura et al. (2020) realçou a problemática dos doentes infetados com COVID-19 que estão hospitalizados e completamente isolados dos seus entes queridos, conduzindo a situações de solidão e/ou de morte sem acompanhamento dos familiares (Brennan et al., 2020), e aumento da probabilidade de complicações no processo de luto por parte das famílias (Buenaventura et al., 2020).

O isolamento social privilegiou a utilização de meios tecnológicos, em detrimento do contacto direto, pelo que a maioria dos idosos relatou falta das interações humanas pessoais, como o toque e uma perspetiva tridimensional (Jeste, 2020). Neste sentido, a impossibilidade de estar perto, do contato físico e do calor afetuoso com os familiares, levou a que muitos optassem por quebrar o isolamento obrigatório e até desconsideraram as medidas de distanciamento, envolvendo-se em comportamentos de risco como abraços e beijos (Pisula et al., 2021). Para além das necessidades afetivas, o não cumprimento do isolamento por parte dos idosos também se deveu à necessidade de se sustentarem, não querendo ser um fardo para os seus membros familiares ou por não quererem depender de ninguém (Buenaventura et al., 2020).

No que respeita às relações intrageracionais, verificou-se empatia entre os idosos da mesma geração, dado que partilhavam pensamentos, interesses e modos de vida, sentindo-se compreendidos (Pisula et al., 2021). Relativamente às relações intergeracionais, também

existem relatos de idosos resilientes que se tornaram um modelo para as gerações mais jovens (Jeste, 2020).

Apesar do impacto negativo das medidas restritivas aplicadas durante a pandemia, sendo que cerca de 27,6% se sentiu restringido, a grande maioria (89,8%) apoiou as mesmas (Röhr et al., 2020). Os mesmos autores salientam que a não aceitação das medidas implementadas foi associada a maior somatização e sofrimento psicológico geral.

Consequências na autonomia do idoso

A população idosa apresenta um risco acrescido de desenvolvimento de doença grave por infeção de SARS-COV-2, o que aumenta as probabilidades de internamento e até de mortalidade devido à doença, o que se traduziu num isolamento social preventivo e obrigatório. Várias foram as recomendações dos governos para que, especialmente, os idosos se mantivessem confinados em casa, o que fez com que muitos relatassem que estavam a ser “tratados como crianças” e percecionassem o isolamento como uma “prisão domiciliária”, “ditadura” ou “perda da liberdade” (Pisula et al., 2021, p.7). Brennan et al. (2020, p.1206) referem que, na Irlanda, as pessoas com mais de 70 anos foram “fortemente aconselhadas” a “casular”, termo utilizado naquele país.

De facto, este isolamento social, com o intuito de proteção das pessoas deste grupo etário, encorajou a evitação de contato com os idosos e a uma maior discriminação e preconceito relacionados com a idade (Jeste, 2020). Com efeito, um dos fatores associados ao isolamento social na pessoa idosa é o preconceito da idade (Seegert, 2017; National Institute on Aging, 2021). Importa referir que o idadismo é um importante fator influenciador da SM na pessoa idosa (Herrick et al., 1997; Lyons et al., 2018), podendo contribuir para a depressão e o suicídio nesta faixa etária (Herrick et al., 1997) e afetam a autoestima e identidade da pessoa idosa, impedindo um envelhecimento ativo e saudável (Portugal, SNS, DGS, 2017a).

As restrições da pandemia desafiaram, igualmente, as oportunidades dos idosos de exercerem a sua autodeterminação na realização do seu próprio bem-estar, o que se constitui como um risco para a SM da pessoa idosa (Brennan et al., 2020). No contexto do idoso institucionalizado, as restrições relativas ao cumprimento da vontade do idoso, especialmente em situações de fim de vida, com impossibilidade de acompanhamento presencial das famílias, tiveram um impacto importante nos direitos da pessoa idosa (*Idem*).

Por vezes, os preconceitos relativos à idade são abarcados pela pessoa idosa, como se verificou no estudo de Pisula et al. (2021) em que os próprios participantes expressaram o medo de se tornarem um fardo para a família, gerando uma autoperceção de inutilidade.

Manifestações das alterações na saúde mental

A população idosa foi o grupo etário com maior isolamento social (Murayama et al., 2021), o que constitui uma séria ameaça à saúde dos mais velhos, com efeitos negativos ao nível da SM (Sepúlveda-Loyola et al., 2020), potenciando o risco de transtornos mentais (Vrach & Tomar, 2020; Zhao et al., 2020), e o aumento do risco de mortalidade (Van der Roest et al., 2020). Cosco et al. (2021) evidenciam, especificamente, que o distanciamento físico está associado a implicações psicossociais negativas.

A ansiedade e depressão são duas das manifestações de alteração de SM nos idosos mais relatadas pelos investigadores, no contexto de isolamento social devido à pandemia por COVID-19 nos idosos.

Vários autores evidenciam a ansiedade nos idosos neste contexto (Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Adams et al., 2021; Pisula et al., 2021). A ansiedade relatada relaciona-se com: a preocupação em ser infetado (Wong et al., 2020); com o não atendimento das necessidades espirituais (Buenaventura et al., 2020); com as notícias comunicadas pelos meios de comunicação social sobre a pandemia, em que se identifica a população idosa como a de maior risco de complicações (Webb, 2020); com o facto deste grupo etário ter um maior risco de desenvolvimento de doença grave ou morte, resultante da infeção por COVID-19, necessitando de cuidados diferenciados (Jeste, 2020); e a preocupação com o futuro quando têm o diagnóstico da doença, devido ao facto destas pessoas possuírem outras morbilidades, aumentando o risco de mortalidade (Baiyewu et al., 2020). De facto, vários estudos relatam a sintomatologia de ansiedade associada ao contexto pandémico, evidenciando consequências importantes ao nível da SM e bem-estar das populações (Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Rossi et al., 2020; Sher, 2020), realçando-se a prevalência desta sintomatologia nos indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos (Almeida et al., 2020). Nas pessoas idosas, o isolamento social e a solidão acentuam os riscos de desenvolvimento de ansiedade (WHO, 2021c), no entanto de acordo com Lilford e Hughes (2020), os transtornos de ansiedade são menos comuns nos idosos do que em adultos jovens.

Os idosos relataram níveis mais elevados de depressão após o início da pandemia (Bobes-Bascarán et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Krendl & Perry, 2021), com relato de sentimentos de negatividade devido ao isolamento social (Baker & Clark, 2020),

assim como sofrimento psicológico geral (Röhr et al., 2020). Embora alguns idosos possam estar habituados a um menor contacto social, a restrição contínua pode levar à depressão manifestada por diminuição do apetite, da energia e da motivação, sentimentos de tristeza, e declínio funcional e cognitivo (Lekan et al., 2020). De facto, vários estudos relatam a depressão (Bäuerle et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Rossi et al., 2020) e o sofrimento psicológico (Bäuerle et al., 2020; Casagrande et al., 2020; Valent, 2021), como importantes problemas de SM associados ao contexto pandémico, evidenciando-se no estudo de Almeida et al. (2020) que, a maioria dos indivíduos isolados socialmente, reportaram sofrimento psicológico e mais de metade referiu sintomas de depressão moderada a grave. O isolamento social está associado a depressão (Cabral et al., 2013) e, na população idosa, o isolamento social e a solidão acentuam os riscos de desenvolvimento desta doença (WHO, 2021c).

Muitos autores associam a ansiedade e depressão como potenciais transtornos de SM associados ao isolamento (Baker & Clark, 2020; Buenaventura et al., 2020; Hwang et al., 2020; Vrach & Tomar, 2020). Estes dois estados podem causar retração social, o que exacerba a solidão e o isolamento associados ao distanciamento social (Hwang et al., 2020), provocando uma diminuição da QV (Cigiloglu et al., 2021). O estudo de Brown et al. (2021) apresenta uma oposição de ideia, ao concluir que a maioria dos participantes idosos do seu estudo apresentou baixos níveis de ansiedade e depressão em relação à saúde.

Os sinais de ansiedade e depressão podem evidenciar o medo nos idosos (Baker & Clark, 2020). Este pode estar associado ao contágio de si próprio e dos seus entes queridos (Pisula et al., 2021), ao desenvolvimento de doenças graves com complicações e necessidade de cuidados diferenciados (Jeste, 2020) e à morte por COVID-19 (Baker & Clark, 2020). De facto, uma das consequências no âmbito da SM relacionadas com a pandemia relaciona-se com os medos relativos à infeção e às preocupações com a própria saúde e com a dos seus familiares (Oliveira & Fernandes, 2020; Panchal et al., 2020). As pessoas que ficaram socialmente isoladas durante a pandemia tinham maior sensação de medo do COVID-19 do que aquelas que não estavam socialmente isoladas (Murayama et al., 2021). Para além das medidas restritivas, segundo Buenaventura et al. (2020), o medo por parte dos idosos, por serem considerados de maior risco para a doença, pode levar ao isolamento social, levando-os a ficar em casa, saindo só para o estritamente necessário.

A COVID-19 piorou a solidão social e emocional da população idosa (Wong et al., 2020; Krendl & Perry, 2021; Stolz et al., 2021), ao contribuir para a necessidade de isolamento social (Röhr et al., 2020), exacerbando a solidão associada a este contexto (Hwang et al., 2020). As restrições impostas ao contato físico ampliaram o isolamento social e a solidão que muitos idosos já experimentavam (Lekan et al., 2020), sendo que aqueles

que estavam socialmente isolados experimentaram níveis mais elevados de solidão do que aqueles que não estavam (Murayama et al., 2021). A solidão foi apontada como uma das consequências, no âmbito da SM, relacionadas com a pandemia (Losada-Baltar et al., 2020), tendo-se verificado, em estudos anteriores, que existe uma associação significativa entre isolamento social e solidão, com um aumento de todas as causas de mortalidade (Leigh-Hunt et al., 2017) e entre isolamento social, solidão e doenças do foro mental (Cabral et al., 2013). De facto, a solidão e o isolamento social, na população idosa, são aspetos que prejudicam o bem-estar e potenciam o sofrimento psicológico (WHO, 2017).

Devido ao isolamento social, nos estudos incluídos, os participantes idosos relataram outros sentimentos ou emoções, como, por exemplo: a incerteza (McKinlay et al., 2021; Pisula et al., 2021), por vezes causada pelo não atendimento das necessidades espirituais (Buenaventura et al., 2020); raiva e irritabilidade (Hwang et al., 2020; Pisula et al., 2021); nervosismo (McKinlay et al., 2021); e angústia (Pisula et al., 2021), especialmente causada pela cobertura noticiosa sobre a pandemia (Baker & Clark, 2020). O prolongamento do isolamento social conduziu também ao aumento das expressões associadas ao tédio e cansaço, chegando mesmo ao nível da exaustão (Pisula et al., 2021). Em comparação com anos anteriores, os níveis de *stress* aumentaram cerca de 28,3%, destacando-se o aumento na população idosa (Zhao et al., 2020). Foi justificada a presença de *stress* nos idosos principalmente devido à falta de apoio social, especificamente ao acesso aos suprimentos básicos, como a produtos farmacêuticos (Baker & Clark, 2020; McKinlay et al., 2021). Buenaventura et al. (2020) evidenciam ainda reações psicológicas de *stress*, face ao isolamento obrigatório experienciado pelos idosos. Com efeito, o *stress* pós-traumático foi identificado como uma das repercussões a nível da SM da população geral, no contexto da pandemia (Casagrande et al., 2020; Rossi et al., 2020).

As perturbações do sono na população idosa, decorrentes do isolamento social, também foram relatadas em alguns estudos, nomeadamente: a presença de insónias (Wong et al., 2020; McKinlay et al., 2021; Pisula et al., 2021); a má qualidade do sono (Sepúlveda-Loyola et al., 2020); a ocorrência de pesadelos, mudanças nas horas de vigília ou até mesmo permanecer mais tempo na cama, mesmo quando já estavam acordados (Pisula et al., 2021). No estudo de Hwang et al. (2020), estas perturbações são mais comuns, especialmente quando a pessoa está em quarentena. Efetivamente, as perturbações do sono foram apontadas como um dos efeitos da pandemia na SM das pessoas (Casagrande et al., 2020; Huang & Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Rossi et al., 2020). Estes distúrbios do sono originaram um aumento do consumo de ansiolíticos, muitas vezes sem avaliação médica prévia (Pisula et al., 2021).

No estudo de Baiyewu et al. (2020), nas pessoas com mais de 60 anos com um teste de COVID-19 positivo, a obrigação de se autoisolar é um fator de grande preocupação. As preocupações da população idosa centram-se na apreensão com o que o futuro lhes reserva (Baiyewu et al., 2020), nas reflexões sobre a morte e a finitude da vida, considerando o pouco tempo que resta, e a sensação de perda do tempo com o isolamento social (Pisula et al., 2021). No estudo realizado por Almeida et al. (2020), a preocupação relativamente ao futuro foi considerada como um importante determinante de problemas de SM na população geral, sendo que mais de 40% dos participantes sentiram-se otimistas em relação ao futuro. O confinamento é potenciador do sofrimento mental dos idosos, uma vez que impõe o isolamento social, aumentando as perceções de risco de doença e morte (Webb, 2020). De facto, a perceção do estado de saúde pelos idosos sofreu um declínio acentuado, principalmente no âmbito da vitalidade e da SM (Almeida et al., 2021).

O isolamento social na população idosa potencia o desenvolvimento de comportamentos não saudáveis, como, por exemplo, uma alimentação desadequada, a má higiene do sono, o aumento do consumo de tabaco e álcool e um estilo de vida mais sedentário (Buenaventura et al., 2020). Hwang et al. (2020) evidenciam ainda a ocorrência de comportamentos compulsivos, como lavagem e limpeza repetidas, durante a pandemia. De acordo com Pisula et al. (2021, p.8), estes comportamentos não saudáveis surgem numa tentativa de fugir de pensamentos negativos, no contexto do isolamento social. De facto, no contexto da pandemia, verificaram-se alterações nos padrões alimentares, um aumento do abuso de substâncias e da participação em jogos, na população geral (Oliveira & Fernandes, 2020; Panchal et al., 2020). De acordo com o estudo de Matos et al. (2021), os idosos isolados socialmente são mais propensos a terem uma dieta inadequada, com consumo diário menor de frutas e vegetais e baixos níveis de atividade física. Lilford e Hughes (2020) acrescentam que o uso indevido de substâncias, nomeadamente o consumo de álcool e de fármacos prescritos e de venda livre, contribui para os problemas de SM no idoso.

Alguns dos artigos incluídos, abordam a função cognitiva dos idosos associada ao isolamento social, referindo a existência de implicações no declínio da cognição, do humor e da sensibilidade à ameaça (Vrach & Tomar, 2020) e um maior risco de desenvolvimento de demência (Lekan et al., 2020). Com efeito, nas pessoas idosas o isolamento social e a solidão acentuam os riscos de declínio cognitivo, afetando a longevidade, diminuindo a QV e o bem-estar (WHO, 2021c). Em contraposição, no estudo de Almeida et al. (2021) verificou-se que nos idosos que vivem na comunidade ocorreu um aumento significativo na função cognitiva, facto observado após um mês de isolamento social.

Esta problemática também foi analisada por alguns autores, tendo em conta o contexto em que os idosos se inserem, isto é, a vivência em comunidade ou a institucionalização. No estudo de Van der Roest et al. (2020), a solidão foi relatada por 77% de idosos residentes em lares, com evidência de um aumento na gravidade de comportamentos como a agitação, depressão, ansiedade e irritabilidade. Brennan et al. (2020) corroboram esta ideia, ao afirmarem que o isolamento aumentou para todos os residentes em lares porque as visitas foram suspensas, levando a um aumento de sentimentos depressivos e níveis de ansiedade que conduziram à solidão. No entanto, importa realçar que no artigo de McArthur et al. (2021), nos idosos institucionalizados que sofriam de alterações na sua SM (delírio, depressão, problemas comportamentais), o efeito do isolamento não foi estatisticamente significativo. Na vivência em comunidade, os problemas consequentes do isolamento também são semelhantes, salientando-se ainda um aumento da ideação suicida (Brennan et al., 2020). Este facto é corroborado pela WHO (2021c), que refere que o isolamento social e a solidão acentuam os riscos de suicídio, assim como por Fässberg et al. (2012) e pela OECD (2018), que associam o isolamento social a ideação suicida, comportamento suicida não fatal e ao suicídio na idade avançada. As restrições da COVID-19 também tiveram influência no cumprimento dos desejos de fim de vida que não puderam ser concretizados, como, por exemplo, rituais, tradições e velórios/funerais (Brennan et al., 2020).

A relação de interdependência entre a saúde física e mental é evidenciada no artigo de Baker e Clark (2020), em que o não atendimento das necessidades de saúde física nos idosos, muitas das vezes devido a recursos escassos, pode ter um efeito negativo na SM, ideia também presente no estudo de Wong et al. (2020). Na verdade, a SM é indissociável da saúde física, havendo uma influência mútua, evidenciando-se que: idosos com problemas na sua saúde física apresentam mais repercussões na sua SM, e idosos com problemas na sua SM podem sofrer repercussões negativas na sua saúde física (WHO, 2017).

De um modo geral, existem evidências de que o isolamento social, especialmente em epidemias e pandemias, está associado a um aumento de problemas psicológicos (Vrach & Tomar, 2020), bem como a um maior risco de mortalidade precoce, doenças cardíacas e diabetes (Lekan et al., 2020). De acordo com a WHO (2021c), nos idosos, o isolamento social e a solidão estão associados ao aumento dos riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e diabetes, assim como com um aumento de todas as causas de mortalidade (Leigh-Hunt et al., 2017). O isolamento social, de forma isolada, foi um fator associado a um aumento das doenças cardiovasculares (Leigh-Hunt et al., 2017), assim

como a um maior risco de mortalidade nos doentes com diagnóstico de doença cardiovascular (Yu et al., 2020).

Fatores de vulnerabilidade e estratégias adotadas

Nos estudos incluídos, foram identificadas determinadas condições decorrentes do isolamento social durante a pandemia, que se constituem como fatores de vulnerabilidade, causando impacto na SM da pessoa idosa. A pandemia levou a que muitas famílias não pudessem encontrar-se com os seus parentes idosos, com o intuito de os protegerem do vírus, o que provocou desconexão social e uma perceção de isolamento potenciadora de depressão e ansiedade (Vrach & Tomar, 2020). Contribuindo também para o impacto na SM neste grupo etário, apontam-se as ligações e redes sociais fracas (Pisula et al., 2021).

A idade mais avançada parece ser um fator de vulnerabilidade importante na SM dos idosos isolados socialmente, durante a pandemia, tendo sido associada a um aumento de situações de somatização e sofrimento psicológico (Röhr et al., 2020). A dependência da pessoa idosa é outro fator apontado pelos autores dos estudos incluídos. Os idosos dependentes estão mais vulneráveis ao isolamento social e à solidão, pois encontram-se funcionalmente dependentes de membros da família (Hwang et al., 2020). Estes resultados apoiam os do estudo de Banerjee et al. (2021), que revela que a dependência é associada a vulnerabilidade social. Esta problemática é acentuada, principalmente, quando estes não habitam com a pessoa idosa, dificultando a obtenção por parte dos idosos de apoio dos serviços comunitários (Wong et al., 2020). Num contexto de pandemia, esta falta de apoio familiar e social é determinante para vários aspetos da vida do idoso, incluindo a sua SM. O grau de escolaridade da pessoa idosa foi, igualmente, apontado como um fator determinante, em que menor escolaridade foi associado a maiores níveis de *stress* (Zhao et al., 2020). No contexto de isolamento social no idoso, um outro fator de vulnerabilidade relacionado com a SM, apontado por alguns autores, é ser do género feminino (Bobes-Bascarán et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Wong et al., 2020). No estudo de Almeida et al. (2020), que avaliou o impacto da pandemia na SM da população geral, os participantes que apresentaram sinais de sofrimento psicológico foram, sobretudo, mulheres.

Vários autores referem que morar sozinho é um dos fatores de vulnerabilidade que causa grande impacto na SM do idoso, especificamente nos que habitam em ambientes pequenos e fechados (Pisula et al., 2021). Este facto foi evidenciado por Almeida et al. (2021), que no seu estudo refere que os idosos, que viviam sozinhos durante a pandemia, apresentaram pior evolução da função cognitiva. O aumento da solidão social foi uma

problemática referida por Wong et al. (2020) e Stolz et al. (2021), decorrente do isolamento social nos idosos que viviam sozinhos. De facto, viver sozinho e numa zona rural são fatores de risco importantes para o isolamento social (National Institute on Aging, 2021), sendo que morar sozinho associado ao isolamento social foi relacionado com internamentos hospitalares (Aminzadeh & Dalziel, 2002). Apesar de morar sozinho estar associado a uma vulnerabilidade acrescida de problemas de SM, de acordo com Wong et al. (2020), os idosos que moram com outras pessoas ou familiares podem estar igualmente sujeitos a essa vulnerabilidade devido às longas jornadas de trabalho da população ativa. Em algumas situações, o contexto de isolamento social nos idosos parece ter piorado as relações já problemáticas com os seus companheiros(as), verificando-se discussões constantes e sensação de desconforto (Pisula et al., 2021), potencialmente influenciadoras da SM da pessoa idosa.

Devido ao isolamento social, os meios de comunicação social assumiram um papel ainda mais importante, especialmente, como veículos de promoção da literacia em saúde nas comunidades. Contudo, o conteúdo das notícias relativo à pandemia, que muitas vezes identifica os idosos como as pessoas de maior risco de desenvolvimento de doença grave e de mortalidade, contribui para o aumento da ansiedade e da angústia (Baker & Clark, 2020; Webb, 2020) e do medo (Pisula et al., 2021), neste grupo etário. Além disso, a exposição excessiva e o tempo dedicado às notícias relativas à pandemia determinam pensamentos e atitudes negativas nos idosos (Sepúlveda-Loyola et al., 2020; Pisula et al., 2021).

Nos idosos com comorbilidades pré-existentes, o impacto do isolamento na SM é evidenciado através de um maior grau de ansiedade com o que o futuro lhes reserva, dado que existem informações de que é nestas pessoas que existe um maior risco de mortalidade (Baiyewu et al., 2020). No estudo de Wong et al. (2020), os idosos com múltiplas condições crónicas, especificamente ter mais do que quatro doenças crónicas, apresentavam níveis mais elevados de solidão, ansiedade e insónia, assim como um maior número de consultas perdidas para controlo dos seus problemas de saúde. Sepúlveda-Loyola et al. (2020) corroboram estes resultados, dado que referem que ter história prévia de problemas de saúde parece atuar como potencial fator de risco associado ao impacto na SM, durante o isolamento social.

Nos idosos, as medidas relativas ao isolamento social levaram a consequências potencialmente graves para a sua saúde física e mental, com um impacto amplificado nas pessoas com doença mental pré-existente (Bobes-Bascarán et al., 2020; Hwang et al., 2020). A demência apresenta-se, deste modo, como um importante fator de vulnerabilidade nos idosos, dado que os efeitos do isolamento social tendem a ser mais negativos nas pessoas que sofrem deste problema de saúde (Lekan et al., 2020). Para além disso, o idoso

com demência pode apresentar dificuldades em compreender e cumprir o distanciamento social (Hwang et al., 2020). De acordo com os estudos incluídos, na pessoa com demência, a pandemia pode agravar emoções negativas e potencializar sintomas comportamentais e psicológicos, num contexto em que a função adaptativa já se encontra comprometida (Hwang et al., 2020). De facto, segundo Lilford e Hughes (2020), a população idosa apresenta uma alta carga de doenças mentais, sendo que a demência é a mais comum. De acordo com os resultados apresentados, a pessoa com demência parece sofrer um impacto mais negativo do isolamento social durante a pandemia. Importa igualmente salientar que os efeitos do isolamento social acentuam os riscos de desenvolvimento de demência (Centers for Disease Control and Prevention, 2021b; WHO, 2021c). Porém, realça-se o estudo de Van der Roest et al. (2020) que compara os efeitos do isolamento social nos idosos residentes em unidades psicogeriatricas e em unidades não psicogeriatricas, em que os idosos sem alterações cognitivas graves apresentaram um aumento da gravidade de problemas comportamentais comparativamente com os idosos com deficiência cognitiva. Situação semelhante foi relatada por McArthur et al. (2021), em que o número de idosos que sofriam de delírio e problemas comportamentais não mudou durante a pandemia.

A institucionalização parece ser um importante aspeto a considerar dado que, segundo Lekan et al. (2020), os idosos institucionalizados são particularmente vulneráveis aos efeitos do isolamento social, encontrando-se em maior risco de sofrerem efeitos negativos na sua SM (McArthur et al., 2021). Este impacto na SM decorrente do isolamento social, segundo Brennan et al. (2020), pode igualmente dever-se à reposição constante de profissionais dos lares e à ausência de visita de familiares que, muitas vezes, auxiliam na monitorização da saúde e bem-estar dos seus entes queridos. Para além do impacto na SM dos idosos, o isolamento social pode conduzir a um maior risco de abusos a idosos, por parte dos seus cuidadores (Brennan et al., 2020; Khoury & Karam, 2020). De acordo com a WHO (2017), os principais fatores influenciadores de problemas de SM na pessoa idosa são: vulnerabilidade a abusos (físico, verbal, psicológico, financeiro e sexual), negligência, perdas de dignidade e respeito.

Sepúlveda-Loyola et al. (2020) acrescentam ainda os seguintes fatores de risco associados a um impacto negativo na SM da pessoa idosa, durante o isolamento social: ter um conhecido ou um familiar infetado com COVID-19 e ter uma autoperceção negativa do envelhecimento.

A utilização da internet e dos meios tecnológicos passou a ser uma importante ferramenta na redução do impacto do isolamento social na sociedade em geral. No entanto, nos estudos incluídos, um dos fatores de vulnerabilidade mais evidenciados foi o acesso limitado à tecnologia (Jeste, 2020; Pisula et al., 2021) e a exclusão digital da população

idosa, em que a maior parte das plataformas digitais não foi desenvolvida considerando os idosos, sendo que, o que antes da pandemia levou a baixa aceitação da utilização destes meios, durante a pandemia levou a dificuldades na sua utilização por parte deste grupo etário (Cosco et al., 2021). De facto, muitos idosos não têm acesso à internet, ao envio de emails e a videoconferências, estratégias utilizadas para compensar a falta de contactos sociais presenciais (Jeste, 2020). Todos estes aspetos contribuem ainda mais para o isolamento social e solidão, gerando implicações negativas para a SM da pessoa idosa (Cosco et al., 2021). Segundo Flint et al. (2020), a disponibilidade limitada de tecnologia pode ainda originar dificuldade de fornecimento de atendimento médico virtual a idosos residentes em lares (Flint et al., 2020). Muitas vezes, estas limitações tecnológicas também se verificam em áreas rurais ou mais carenciadas, onde os pedidos *online* e entrega de bens essenciais não são serviços acessíveis (Khoury & Karam, 2020). A conexão social digital nos idosos, em contexto de isolamento social, é ainda agravada pelos problemas de saúde que muitos apresentam, nomeadamente alterações sensoriais e cognitivas (Jeste, 2020; Cosco et al., 2021). Pisula et al. (2021, p.12) realçaram que existe uma preocupação, por parte dos idosos, com as relações afetivas doravante e com um futuro “mais robótico” neste âmbito.

A dificuldade no acesso aos serviços de saúde foi uma das consequências da pandemia, tendo ocorrido um acesso muito limitado ou inexistente aos serviços de saúde pelos idosos (Buenaventura et al., 2020), com uma redução do suporte formal dos prestadores de serviços de saúde (Brennan et al., 2020). Esta dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, também potenciada por uma mobilização dos recursos de saúde para ambientes de atendimento emergencial (Buenaventura et al., 2020), conduziu a um aumento do número de consultas agendadas perdidas (Wong et al., 2020) e foi associado a um maior sofrimento psicológico nos idosos (Röhr et al., 2020). Contudo, nem sempre esta situação se verificou de forma tão intensa, dado que no estudo de Röhr et al. (2020) verificou-se que a maioria dos idosos foi parcialmente capaz de aceder aos serviços de saúde como fazia habitualmente. Durante o período de isolamento social, o medo da infeção por SARS-COV-2 por parte dos idosos e dos seus cuidadores constituiu-se como um obstáculo no acesso aos serviços de saúde (Pisula et al., 2021), evitando o tratamento hospitalar, mesmo quando necessário (Khoury & Karam, 2020). O fornecimento de medicamentos durante o período de isolamento, principalmente para os idosos que tomam fármacos do foro psiquiátrico, ou que têm controlo analgésico de longo prazo ou que utilizam fármacos de suporte à vida na gestão de doenças crónicas, continua a ser um enorme fator de *stress*, e gerador de medo e ansiedade neste grupo etário (Baker & Clark, 2020).

O isolamento social também provocou uma série de mudanças no âmbito dos cuidados de SM. Flint et al. (2020) referem no seu estudo que ocorreu um contacto menos frequente dos idosos com as equipas prestadoras de cuidados, influenciando o encaminhamento no tratamento de problemas de SM, fazendo com que mais casos de transtornos mentais possam passar despercebidos e sem tratamento. Neste sentido, segundo Baker e Clark (2020), as equipas comunitárias, que prestam cuidados especializados de SM, estarão potencialmente sujeitas ao aumento da doença, evidenciando a problemática de um serviço de SM já sobrecarregado. Neste contexto de pandemia, as equipas ficaram menos disponíveis para a participação na avaliação e prestação de cuidados psicogerítricos (Flint et al., 2020), o que contribuiu, igualmente, para esta sobrecarga. No que se relaciona com a prestação de cuidados de SM, no início do confinamento, houve uma redução da utilização de serviços de SM pelos idosos com alguns tratamentos a serem descontinuados (por exemplo, eletroconvulsoterapia) (Khoury & Karam, 2020). Gradualmente os cuidados de SM foram retomados através de uma adaptação progressiva dos utentes a serviços de telepsiquiatria (*Idem*), sendo a maior parte do atendimento ambulatorial prestado virtualmente, por videoconferência ou telefone (Flint et al., 2020).

A par dos fatores de vulnerabilidade referidos, que decorrem do isolamento social e concorrem para um impacto significativo na SM da pessoa idosa, várias foram as estratégias utilizadas por este grupo etário para o enfrentamento desta problemática.

Segundo Almeida et al. (2021), viver com mais pessoas parece contribuir para uma melhor perceção do estado de saúde, assim como, apoiar-se no parceiro com quem coabita, investindo na relação afetiva (Pisula et al., 2021), são exemplos de estratégias utilizadas.

Segundo Pisula et al. (2021), vários idosos adotaram estratégias para enfrentar o tédio e a perda de rotina potenciadas pelo isolamento social, como, por exemplo: atividades ao ar livre; prática de ioga ou meditação; venda de trabalhos manuais realizados pelos próprios; realização de reparações em suas casas ou redecorações; leitura e aprendizagem de outras línguas. No estudo de Almeida et al. (2020), a manutenção de *hobbies* e de rotinas diárias constituem-se como fatores protetores do bem-estar psicológico, na população geral. A prática de atividade física foi referida como recomendação internacional, no estudo de Sepúlveda-Loyola et al. (2020), tendo sido percecionada como um recurso para combater o tédio decorrente do isolamento social (Pisula et al., 2021). Estes aspetos, que evidenciam a atividade física como protetora do bem-estar psicológico, corroboram os resultados de Almeida et al. (2020), que acrescenta que a atividade física está ainda associada a uma diminuição do risco de sintomas depressivos, de ansiedade ou *stress* pós-

traumático. A capacidade de aproveitar o tempo livre foi um fator de proteção, durante o período de isolamento social, identificado no estudo de Bobes-Bascarán et al. (2020).

A tecnologia foi um fator fundamental para a manutenção de vínculos e relacionamentos sociais significativos (Rolandi et al., 2020; Pisula et al., 2021), contribuindo para a redução da sensação de exclusão social, através de um uso mais frequente de *sites* de redes sociais (Rolandi et al., 2020). Em concordância com o referido, encontra-se o estudo de Krendl e Perry (2021), em que 78,2% dos idosos utilizaram algum tipo de tecnologia para manter o contato social durante a pandemia, gastando em média 79 minutos socializando virtualmente ou pelo telefone diariamente. Neste sentido, as comunicações virtuais mediadas por plataformas digitais como *WhatsApp*, *Facebook* ou *Zoom*, permitiram a manutenção deste contacto através da partilha de pensamentos, interesses e modos de vida, potenciando empatia e vínculos de apoio mútuo, principalmente entre “os da sua geração” (Pisula et al., 2021, p.7). Rolandi et al. (2020) ainda acrescentam que, no seu estudo, a rede social mais utilizada pelos idosos foi o *WhatsApp*, devido às suas características específicas, sendo usada principalmente para manter o contato social com a rede social atual. A tecnologia assume ainda mais relevância quando os idosos se encontram institucionalizados e em situações de fim de vida, em que um telefonema ou videochamada podem permitir os momentos de despedida de familiares próximos (Brennan et al., 2020). A tecnologia, neste contexto de isolamento social carrega outros benefícios, nomeadamente: a implementação de estratégias cognitivas e o aumento dos níveis de atividade física através de aplicações móveis, vídeos *online* e telessaúde (Sepúlveda-Loyola et al., 2020) e a aquisição de bens (essencialmente, compras e medicamentos), contribuindo para a perceção de apoio social, a promoção de sentimentos de normalidade e a redução de *stress* e sentimentos de incerteza (McKinlay et al., 2021).

No contexto da pandemia, várias organizações de SM e de cuidadores expandiram a sua presença *online*, com a partilha de informações sobre o efeito potencial da pandemia e medidas de saúde pública relacionadas com a SM, bem como estratégias de *coping* (Flint et al., 2020). De acordo com Khoury e Karam (2020), no período da pandemia ocorreu um aumento, em grande escala, da conscientização sobre as doenças mentais, em que se verificou uma maior participação em *webinars* sobre transtornos mentais. Segundo os referidos autores, também se verificou uma maior preocupação com o apoio aos cuidadores, o que se traduzirá em melhores cuidados consigo próprios e com os idosos de quem cuidam. Este resultado positivo, que os autores consideram inesperado, encoraja as organizações a continuar estas ações (*webinars* e apoio *online* aos cuidadores) de forma regular e para além da pandemia (*Idem*).

Impacto Positivo

Em alguns dos estudos incluídos nesta revisão *scoping*, também se verificou um impacto positivo do isolamento social no idoso, no que se relaciona com alguns aspetos da sua SM, sendo considerados por Adams et al. (2021) resultados positivos inesperados decorrentes dos esforços da mitigação da pandemia.

Dispor de mais tempo para a concretização dos seus *hobbies* foi um dos aspetos positivos referidos pelos idosos durante o período de isolamento social, assim como o início e manutenção de novas rotinas (Adams et al., 2021; McKinlay et al., 2021), permitindo o usufruto de um ritmo de vida mais lento (McKinlay et al., 2021). O isolamento social possibilitou aos idosos assumirem responsabilidades sociais como cozinhar para um familiar, telefonar para saber dos amigos ou cuidar de um animal de estimação (McKinlay et al., 2021). Segundo Pisula et al. (2021), a realização de atividades de apoio à família por parte dos idosos permitiu-lhes experienciar benefícios significativos, como sentirem-se mais úteis e ocuparem o seu tempo livre, deixando para outros familiares a responsabilidade de realizar compras ou tratar de burocracias, possibilitando aos idosos a permanência nas suas casas. No estudo de Adams et al. (2021), alguns participantes referiram que o período de isolamento social lhes permitiu completar tarefas que vinham a ser adiadas, como a prática de exercício físico, a organização das finanças e a leitura. Ainda segundo McKinlay et al. (2021), os participantes do estudo referiram gostar de sentir menos pressão social, decorrente do contexto do isolamento social na pandemia.

Um dos impactos positivos do isolamento social referido pelos idosos foi o fortalecimento das relações afetivas com os seus familiares (Adams et al., 2021; McKinlay et al., 2021). No estudo de Adams et al. (2021), os participantes referiram que este fortalecimento foi estabelecido com a ajuda da tecnologia (por exemplo, *Zoom* e *Facebook*), permitindo ainda o restabelecimento de relações com pessoas com quem tinham perdido contacto.

Vários são os estudos que destacam a resiliência da população idosa e os seus recursos pessoais perante as adversidades do isolamento social e do impacto dele decorrente (Jeste, 2020; Rolandi et al., 2020; Röhr et al., 2020; Brown et al., 2021; Krendl & Perry, 2021; McKinlay et al., 2021). No estudo de Rolandi et al. (2020) e Krendl e Perry (2021), a maioria dos idosos utilizaram algum tipo de tecnologia para manter os contactos sociais, demonstrando a capacidade de adaptação deste grupo etário na manutenção das suas relações sociais, contrariando a ideia de que o envelhecimento é frequentemente associado a vulnerabilidade e perdas. Este facto demonstra que os idosos podem estar mais bem equipados para lidar com o isolamento social do que o previsto (Brown et al., 2021). O

estudo de McKinlay et al. (2021) realçou a resiliência deste grupo etário relativamente às restrições do isolamento social, apesar da preocupação inicial relatada sobre as consequências para a SM entre a população idosa. Muitos idosos referiram: reflexão positiva sobre a sua experiência de confinamento; maiores oportunidades de crescimento pessoal e utilização de estratégias de *coping*; grande preocupação com a solidão nesta faixa etária, que levou a que os idosos tomassem medidas proativas para ajudar a preveni-la. No estudo de Röhr et al. (2020), a resiliência durante o período de isolamento social foi fortemente associada a melhor bem-estar mental, nos idosos, indicando: menos sintomas depressivos, menos ansiedade, menos somatização, menos sofrimento psicológico geral e menos solidão. Neste mesmo estudo, os homens revelaram resiliência ligeiramente maior que as mulheres. Este resultado é congruente com o de Almeida et al. (2020) que revela que, sobretudo, os indivíduos a partir dos 50 anos e do género masculino apresentaram um elevado nível de resiliência perante os desafios da pandemia COVID-19. Röhr et al. (2020) sugerem que os resultados do seu estudo refutam os estereótipos relacionados com a idade referentes a fraqueza e vulnerabilidade nos idosos, muito frequentes durante a pandemia. Ainda segundo Jeste (2020), a resiliência dos idosos tornou-se um importante modelo para jovens com dificuldades na gestão do *stress* durante a pandemia.

Uma melhoria da função cognitiva (Almeida et al., 2021) e um melhor acesso a apoio social (McKinlay et al., 2021), foram aspetos apontados como positivos neste contexto de isolamento social.

2.1.6 – Implicações para a prática

Considerando a problemática em estudo, verifica-se que vários autores, para além de especificarem o impacto do isolamento social na SM da pessoa idosa, apresentam sugestões para a redução e/ou prevenção deste impacto.

Os vários estudos incluídos demonstram um impacto significativo na SM do idoso, durante a pandemia, através da manifestação de: ansiedade, depressão, solidão, exaustão, *stress*, tédio, angústia, incerteza, medo, declínio na perceção da saúde, aumento de comportamentos não saudáveis, aumento do risco de demência e ideação suicida. O impacto negativo do isolamento social na SM do idoso pode ser aliviado através de uma intervenção cuidadosa e contínua, baseada na distribuição de recursos orientada por resultados de investigação na área em estudo, potenciando uma gestão mais eficiente de um próximo período de isolamento social (McArthur et al., 2021).

A tecnologia foi apontada como uma importante estratégia no alívio do forte impacto do isolamento físico, possibilitando a utilização de redes sociais e plataformas de reuniões

virtuais que são, cada vez mais, utilizadas pelos idosos. Deste modo, as implicações negativas podem ser combatidas pelo uso de soluções digitais, mas apenas se a pessoa já tiver o conhecimento tecnológico, desejo e acesso para usar essas tecnologias (Cosco et al., 2021); ainda existem muitos idosos que não utilizam essas tecnologias, nem a sua rede social utiliza esse tipo de comunicação (Lekan et al., 2020), pelo que promover um melhor acesso à tecnologia e incentivar iniciativas educacionais sobre a sua utilização, podem facilitar o envolvimento dos idosos em atividades significativas, promovendo a participação e conexão social.

Como evidenciado neste estudo, as restrições de contato social devido à pandemia, nos idosos residentes em lares, potenciaram repercussões negativas na sua SM. De acordo com Van der Roest et al. (2020), o bem-estar e a autonomia dos idosos institucionalizados deve ser priorizado, pelo que se devem implementar políticas para permitir as visitas e a realização de atividades significativas para os residentes, tanto quanto possível, mesmo em períodos de pandemia, com as devidas questões de segurança asseguradas.

De acordo com Röhr et al. (2020), ao abordar as implicações do isolamento social na SM dos idosos, em tempo de pandemia, importa valorizar as diferenças desse impacto entre países, considerando: o contexto económico, as condições de vida, a extensão do surto (número de infeções por COVID-19 e número de mortes), a gestão governamental da crise, as infraestruturas de saúde e as respostas do sistema público de saúde. Segundo os referidos autores, estes aspetos são importantes fatores influenciadores do impacto do isolamento social na SM da pessoa idosa.

Conclui-se que ações para aliviar o impacto do isolamento social na SM dos idosos devem ser consideradas pelos profissionais de saúde (Almeida et al., 2021), por forma a minimizar os seus danos na SM.

2.1.7 – Considerações finais

A pandemia por COVID-19 mudou as rotinas diárias dos idosos, os cuidados e o apoio que recebem, e a capacidade de envelhecerem de forma saudável e ativa. Os idosos enfrentam o desafio do isolamento social, da falta de contato físico com outros membros da família, amigos e pares, e a consequente restrição de atividades. Deste modo, verificam-se diversas manifestações destas alterações na SM das pessoas idosas, pelo que é necessário criar oportunidades para promover o envelhecimento saudável durante a pandemia, através de intervenções baseadas na opinião de especialistas na área e, sobretudo, na evidência científica.

Tão importante é considerar as necessidades físicas do idoso como as suas necessidades mentais, sendo importante evidenciar que o impacto do isolamento social devido às restrições impostas devido à pandemia por COVID-19 tem efeitos a diversos níveis, maioritariamente de uma forma negativa, mas, também são apontados aspetos positivos do isolamento social na população idosa. A restrição de atividades, as alterações ao nível das relações sociais, o impacto na autonomia do idoso, as manifestações diretas das alterações na SM, os fatores de vulnerabilidade, as estratégias adotadas para prevenir ou minimizar o impacto na SM e o impacto positivo do isolamento social, constituem-se como áreas que evidenciam o impacto geral do confinamento na SM da pessoa idosa. Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde neste âmbito deverá ser contínua e multidisciplinar, atendendo a uma alocação eficiente de recursos, tendo presentes os fatores de vulnerabilidade que contribuem para o impacto negativo na SM do idoso. Deste modo, será possível estabelecer estratégias de intervenção que permitam dar resposta às necessidades específicas daquela pessoa, naquele grupo etário.

A SM influencia o estado de saúde de uma comunidade. O conceito de SM abrange não só o bem-estar físico e mental, mas também o social, pelo que a consideração do impacto do isolamento social é relevante para avaliar o estado de saúde de uma comunidade.

Como limitação do estudo, considera-se o facto da difícil definição do que é identificado como efeito do isolamento social, que resulta do seu impacto, ou do que é considerado como a sua causa. Mais especificamente, por exemplo, o facto de o isolamento social poder conduzir a um estado de ansiedade/depressivo e da ansiedade e depressão poderem causar retração social, com conseqüente solidão e isolamento. Destaca-se, ainda, que os resultados relativos a efeitos do impacto do isolamento social na SM dos idosos, em contexto de pandemia por COVID-19, dizem respeito a um período temporal curto, dada o carácter atual e recente desta doença na comunidade.

Os diferentes artigos incluídos nesta *scoping* apresentam estudos realizados em diferentes países, com resultados que nos remetem para um impacto negativo e positivo do isolamento social na SM do idoso, no contexto da pandemia. Importa realçar que, em estudos futuros, devem ser valorizados: os diferentes contextos culturais e geodemográficos, pois são aspetos influenciadores do impacto na SM da pessoa idosa; as estratégias a definir para a prevenção e redução desse impacto; assim como os efeitos a longo prazo das medidas de isolamento social nos idosos.

3 – Aquisição e Desenvolvimento de Competências

Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos que estabelecem os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, os quais todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da profissão (Conselho de Enfermagem, 2001). Os padrões que norteiam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Comunitária, e que conduzem à melhoria contínua dos cuidados prestados à população, baseiam-se na promoção da saúde, do bem-estar e do autocuidado, na prevenção de complicações, na readaptação funcional, na satisfação do utente, na organização dos cuidados de enfermagem e no planeamento em saúde e vigilância (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). Os referidos enunciados descritivos relacionam-se com as atividades desenvolvidas no período de estágio na medida em que se procurou corresponder a estes princípios na componente clínica.

O processo de aquisição e/ou desenvolvimento de competências por parte do Enfermeiro, no decurso da sua experiência, “forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efetivo” (Abreu, 2001, p.105).

Com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e no Guia do 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021, da Escola Superior de Saúde de Viseu, neste capítulo são abordados os contributos da componente clínica para o desenvolvimento pessoal e profissional, destacando as competências adquiridas e as competências desenvolvidas.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, com título de Enfermeiro Especialista atribuído numa das especialidades em enfermagem (Portugal, Regulamento n.º 140/2019). Os profissionais com

este título devem partilhar um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, que envolvem as dimensões da educação, de orientação/aconselhamento, de liderança e de investigação (*Idem*).

Deste modo, procede-se à reflexão dos diferentes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, descritas no Regulamento n.º 140/2019, tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio final.

O Artigo 5.º do referido Regulamento é relativo às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, e prevê o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Considera-se que as diversas ações desenvolvidas ao longo do estágio regeram-se pela proteção e defesa dos direitos humanos, pelo respeito pela privacidade do cliente e pela confidencialidade dos seus dados, protegendo-o e garantindo a sua segurança, tendo em vista a sua satisfação com os cuidados. Algumas das práticas desenvolvidas foram: o apoio na tomada de decisão para a resolução de problemas, a avaliação dos resultados e o assumir de responsabilidade pelas ações e decisões tomadas; sendo que houve sempre a preocupação de adaptação ao contexto individual da pessoa, com o respeito pelos valores dos utentes, pelas suas crenças, hábitos e ambiente sociofamiliar.

Relativamente ao Artigo 6.º das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, procurou-se manter um papel dinamizador ao nível da elaboração de documentos que permitem um melhor desempenho pelos profissionais da UCCNM. Foi realizada auscultação das necessidades mais prementes da Equipa da UCC e, neste seguimento, elaborados PI no âmbito do “Registo de Assiduidade” dos colaboradores da unidade funcional, dos “Registos da ECCI na plataforma da RNCCI”: *Gestcare CCI*, e dos “Indicadores UCCNM, no domínio da ECCI”. Estes dois últimos referidos têm como principal objetivo orientar para o registo das intervenções realizadas ao nível da prestação de cuidados pela ECCI, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados. A contratualização com os cuidados primários é uma cultura implementada em Portugal. O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de CSP no SNS (ARS, ACES, UF), potencia a melhoria contínua dos desempenhos dos profissionais e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os participantes no processo (Portugal, MS, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2020). Os registos de enfermagem ao nível do programa Sclínico CSP são analisados tendo por base, também, os indicadores que a unidade funcional contratualizou, pelo que o PI elaborado neste âmbito permitiu obter uma visão mais consistente desta dimensão da melhoria contínua da qualidade.

Em relação ao Artigo 7.º das competências do domínio da gestão dos cuidados, as competências desenvolvidas relacionam-se com a referenciação para outras áreas de cuidados quando a avaliação efetuada assim o indica, por exemplo, ao nível da prestação de cuidados aos utentes da ECCI, tendo presente a rede de suporte social da pessoa e os outros profissionais de saúde que podem intervir em determinadas situações de forma mais adequada e especializada. Neste contexto da gestão dos cuidados também se inserem as atividades relacionadas com o método de organização das visitas domiciliárias da ECCINM, bem como de gestão e negociação dos recursos materiais e humanos necessários às mesmas, que decorreram de forma constante ao longo do período de estágio, com validação pela Equipa. A gestão de recursos assume importância de relevo para assegurar a qualidade dos cuidados, obrigando a uma avaliação rigorosa das necessidades de cuidados, por forma a fazer um uso eficiente dos recursos existentes. Esta competência foi desenvolvida ao longo do Estágio, através de uma preocupação com a utilização racional de materiais, equipamentos e elementos profissionais, visando a otimização do trabalho da Equipa e a promoção da qualidade com a adequação dos recursos às necessidades de cuidados. Deste modo, considero que foram desenvolvidas atividades no âmbito geral da organização dos cuidados de enfermagem.

O Artigo 8.º menciona as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste contexto, dá-se relevo à disponibilidade para a aprendizagem e à procura de momentos oportunos para a mesma, à capacidade criativa, de iniciativa e de adaptação aos diferentes contextos de trabalho e de cuidados. O uso das tecnologias de informação e de registo dos cuidados, a gestão de emoções associada ao contexto de prestação de cuidados e a mobilização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos para o contexto da prática de cuidados (fazendo uso do conhecimento científico para a prática de cuidados baseada na evidência), também foram desenvolvidos neste período de aprendizagem. Tendo em vista a construção e o fortalecimento de relações terapêuticas e parceiras no processo de cuidar, também as competências relacionais e comunicacionais foram trabalhadas, com um aprofundamento do autoconhecimento essencial para qualquer contexto do cuidar. A assistência no domicílio tem uma importante componente formativa para o enfermeiro. É-lhe possível perceber o utente integrado no seu todo, envolver a família e dinamizar os recursos disponíveis para a promoção do autocuidado e do bem-estar do utente (Abreu, 2001).

As competências na área da investigação também foram desenvolvidas através da identificação de necessidades de conhecimento e da procura de resultados de investigações, no âmbito do tema do Estudo desenvolvido no subcapítulo 2.1.; bem como as competências como agente facilitador da aprendizagem, isso é, como formador, que

decorreu com os alunos da EBSQF que se encontram a realizar percurso formativo na área técnica da saúde.

O desenvolvimento de competências insere-se num processo amplo de socialização profissional o qual, por sua vez, fornece ao indivíduo uma série de referenciais identitários. As identidades resultam de interações entre as estruturas psíquicas individuais e as dinâmicas das estruturas sociais, ao longo de toda a vida do sujeito em sociedade (Abreu, 2001). Importa realçar, a competência da construção de uma identidade profissional, que decorre desde os primeiros momentos formativos desta disciplina que é a Enfermagem, de forma ininterrupta, e que é produto da articulação entre a individualidade de cada um e a relação que se constitui com os outros (Abreu, 2001), sejam eles, elemento alvo de cuidados ou de equipa.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Os cuidados de Enfermagem assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização uma necessidade real. Entende-se por “competências específicas” as competências:

que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p.4745).

Um Enfermeiro Especialista é o profissional que possui um conjunto de competências específicas numa determinada área de intervenção. A Ordem dos Enfermeiros propõe como conceito para Enfermeiro Especialista:

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2017, p.2).

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, capacitando-as para tal com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública realiza a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, elabora projetos adequados às necessidades detetadas, implementa intervenções, monitoriza e avalia; o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar é o

profissional de referência que garante o acompanhamento especializado da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2017).

Deste modo, procede-se à reflexão dos diferentes domínios das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, descritas no Regulamento n.º 428/2018, tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio. Neste âmbito, destacam-se: o desenvolvimento da metodologia do Planeamento em Saúde no Projeto de Intervenção Comunitária desenvolvido; a capacitação de grupos e comunidade, através da educação para a saúde ao nível da prestação de cuidados na ECCINM, bem como da Palestra sobre “Serviços de Apoio aos Idosos na Comunidade” destinada aos alunos do Curso Profissional de Técnico Auxiliar de Saúde; a participação no Grupo “Anos de Vida Q(ualidade), com a dinamização de uma sessão e assistindo às restantes sessões deste Programa de promoção do envelhecimento ativo; a participação nas atividades relacionadas com a vacinação, já referidas anteriormente, bem como da CAJ e da Saúde Escolar; a prestação de cuidados em colaboração com a ECCINM, considerando a família como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação para o processo de cuidar, articulando quando há necessidade de apoio por outros elementos da equipa de saúde, e também facilitando a resposta da família em situação de transição complexa. A Teoria da Transição de Afaf Meleis realça que facilitar as transições é um foco para a disciplina de enfermagem, tendo como objetivo promover a sensação de bem-estar na pessoa (Meleis & Trangenstein, 1994). Transição é definida como a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra; relaciona-se com o processo e com o resultado de interações complexas entre pessoa e ambiente, mediante o contexto em que a(s) pessoa(s) se insere(m) (*Idem*). Nesta teoria identificam-se alguns fatores que influenciam o processo de transição, como o bem-estar emocional, o domínio da situação, a QV, a adaptação, a capacidade funcional e a transformação pessoal (*Idem*). Os momentos de transição na vida de um indivíduo são fontes potenciais de desequilíbrios e de problemas de saúde, mesmo os que são relacionados com o desenvolvimento psicomotor (transição da infância para a adolescência, por exemplo) ou social (como o casamento, a morte de um familiar ou o divórcio) (Abreu, 2001). O enfermeiro assume o papel de facilitador das transições para aumentar o sentimento de bem-estar, sendo o cuidado de enfermagem, portanto, o processo de facilitar esta mudança. Ao longo do estágio, e nos diversos contextos da prestação de cuidados, foram respeitadas as fases adaptativas existentes, auxiliando o utente e/ou família no processo, o que se constituiu numa aprendizagem significativa.

Competências do Grau de Mestre

No que respeita ao desenvolvimento de competências enquanto mestre na área de Enfermagem de Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, considera-se que a realização do estágio no contexto da intervenção das ECCI foi essencial para: desenvolver competências relacionais e comunicacionais adequadas e personalizadas; desenvolver competências relativamente à resolução de prolemas e à capacidade de adaptação a novas situações; desenvolver capacidades de intervenção comunitária, planeando cuidados e atividades, no âmbito dos Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social, fazendo uso de uma prática especializada, mediante os recursos existentes, promovendo a QV do indivíduo, família e/ou comunidade. A elaboração deste Relatório Final, para além de permitir refletir sobre as experiências vividas, traduzindo-as em aprendizagens para o desempenho profissional, também permitiu desenvolver competências de investigação na metodologia selecionada, demonstrando capacidades ao nível na pesquisa e da interpretação de resultados, produzindo conhecimento de interesse para a unidade de saúde, por forma a melhorar a sua resposta à população. Todas as atividades descritas anteriormente contribuíram para o desenvolvimento enquanto profissional de Enfermagem, habilitando para a integração em equipas multiprofissionais especializadas no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Considerações Finais

Considerou-se o estágio um elemento central nesta formação, materializando o relatório apresentado, a síntese crítica da organização, estruturação e atividades do processo formativo, integrando uma componente de investigação. As atividades desenvolvidas neste contexto permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Comunitária, tal como objetivado.

A investigação realizada permitiu mapear a evidência disponível sobre o impacto do isolamento social, durante a pandemia por COVID-19, na SM do idoso, tendo-se identificado diferentes domínios desse impacto, nomeadamente: a restrição de atividades, as alterações a nível relacional, as consequências na autonomia do idoso, as manifestações específicas das alterações na SM, os fatores de vulnerabilidade e as estratégias adotadas, assim como o impacto positivo do isolamento social. De facto, o contexto de pandemia expôs a fragilidade de muitos idosos, manifestada pelo isolamento social implementado, ou que em alguns casos já era prévio à pandemia, ou pela falta de apoio social ou dos sistemas de saúde, podendo potenciar situações de vulnerabilidade.

Os resultados do estudo apresentam-se como um suporte para a formulação de estratégias que visem dar resposta às necessidades da pessoa idosa, realçando a importância de proporcionar uma abordagem diferenciada e adequada a este grupo etário, tendo em consideração as diferenças individuais e as características de saúde, e não apenas a idade cronológica. O conhecimento dos diferentes domínios com repercussões na SM do idoso, identificados neste estudo, permitirá antecipar dificuldades e situações de vulnerabilidade, assim como estratégias de *coping* positivas, por forma a promover a saúde e um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Na prática, é possível destacar o papel do enfermeiro especialista na ECCI no âmbito da prevenção e minimização do impacto do isolamento social na SM do idoso, por exemplo através de: avaliação contínua das necessidades da pessoa idosa, por forma a auxiliar na procura de respostas adequadas; compreensão e facilitação dos processos de transição, como, por exemplo, hospitalização, institucionalização e morte de familiares/pares; e do apoio e capacitação do idoso, das famílias e cuidadores, reconhecendo os pontos fortes e fracos e valorizando as necessidades dos diferentes elementos. O enfermeiro que integra a

ECCI e que desenvolve cuidados especializados neste contexto assume uma posição privilegiada para o desenvolvimento das atividades supracitadas, dado que atua no domicílio do utente, possuindo um conhecimento profundo do seu ambiente e das dinâmicas envolvidas. Deste modo, considera-se que pode colaborar de forma decisiva na definição de políticas relacionadas com: proteção do idoso da discriminação ou do idadismo; minimização das desigualdades socio-económicas e da exclusão digital; promoção do acesso aos cuidados de saúde, evitando a descontinuidade da adesão ao regime terapêutico e os diagnósticos tardios; e com o apoio social.

A Enfermagem em Cuidados Integrados de Saúde e Apoio Social permite dar resposta de forma continuada e integrada à pessoa em situação de dependência, promovendo a sua autonomia e QV. Para uma resposta adequada, diferenciada e abrangente é necessário implementar intervenções baseadas em evidências científicas, considerando os possíveis fatores influenciadores de problemas de saúde, os diversos contextos da prestação de cuidados e a complexidade do ser humano.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W.C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Formasau.
- Adams, L. M., Gell, N. M., Hoffman, E. V., Gibbons, L. E., Phelan, E. A., Sturgeon, J. A., Turk, D.C., & Patel, K. V. (2021). Impact of COVID-19 'Stay Home, Stay Healthy' Orders on Function among Older Adults Participating in a Community-Based, Behavioral Intervention Study. *Journal of Aging & Health, 33(7/8)*, 458-468. <https://doi.org/10.1177/0898264321991314>
- Almeida, P. H. T. Q., Bernardo, L. D., Pontes, T. B., Davis, J. A., Deodoro, T. M. S., Ferreira, R. G., Souza, K.I., & MacDermid, J. C. (2021). Short-Term Impact of Social Distancing Measures During the COVID-19 Pandemic on Cognitive Function and Health Perception of Brazilian Older Adults: A Pre-Post Study. *Journal of Applied Gerontology, 40(9)*, 934-942. <https://doi.org/10.1177/07334648211015458>
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020, Outubro). *Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP)*. <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>
- Aminzadeh, F., & Dalziel, W. B. (2002). Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine, 39(3)*, 238-247. [doi:10.1067/mem.2002.121523](https://doi.org/10.1067/mem.2002.121523)

- Andersen, K. G., Rambaut, A., Lipkin, W. I., Holmes, E. C., & Garry, R. F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature medicine*, 26(4), 450–452.
<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>
- Asselah, T., Durantel, D., Pasmant, E., Lau, G., & Schinazi, R. F. (2021). COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *Journal of Hepatology*, 74(1), 168–184. Retirado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7543767/pdf/main.pdf>
- Assembleia da República. (2021, junho 4). Recomenda ao Governo o reforço das respostas e estratégias na área da saúde mental. Diário da República, 1.ª série, N.º 108. Resolução da Assembleia da República n.º 158/2021.
<https://dre.pt/application/conteudo/164590040>
- Baiyewu, O., Elugbadebo, O., & Oshodi, Y. (2020). Burden of COVID-19 on mental health of older adults in a fragile healthcare system: the case of Nigeria: dealing with inequalities and inadequacies. *Int Psychogeriatr*, 32(10), 1181-1185.
<https://doi.org/10.1017/s1041610220001726>
- Baker, E., & Clark, L. L. (2020). Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. *Br J Community Nurs*, 25(5), 231-238. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.5.231>
- Banerjee, D., Ivbijaro, G., Lima, C., & Rabheru, K. (2021). *Human Rights and Mental Health Inequality among older persons: Urgent need for a global convention*. In World Federation for Mental Health (Coords.), World Mental Health Day 2021 – Mental Health in an Unequal World: Together we can make a difference (pp.59-68).
http://wmhd2021.com/wmhd2021_educationa-material.pdf
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E. (2020). Increased generalized anxiety, depression and

- distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health*, 42(4), 672-678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa106>baur
- Bobes-Bascarán, T., Sáiz, P. A., Velasco, A., Martínez-Cao, C., Pedrosa, C., Portilla, A., Fuente-Tomas, L., García-Alvarez, L., García-Portilla, M. P., & Bobes, J. (2020). Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample. *Am J Geriatr Psychiatry*, 28(12), 1287-1298. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.09.005>
- Bowling, A. (1994). Social networks and social support among older people and implications for emotional well-being and psychiatric morbidity. *International Review of Psychiatry*, 6(1), 41-58. doi: 10.3109/09540269409025242
- Brennan, J., Reilly, P., Cuskelly, K., & Donnelly, S. (2020). Social work, mental health, older people and COVID-19. *Int Psychogeriatr*, 32(10), 1205-1209. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000873>
- Brown, L., Mossabir, R., Harrison, N., Brundle, C., Smith, J., & Clegg, A. (2021). Life in lockdown: a telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥ 75 years). *Age & Ageing*, 50(2), 341-346. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa255>
- Buenaventura, R. D., Ho, J. B., & Lapid, M. I. (2020). COVID-19 and mental health of older adults in the Philippines: a perspective from a developing country. *Int Psychogeriatr*, 32(10), 1129-1133. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000757>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Care4it HealthCare Solutions (2021, Outubro 3). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Solução exclusiva da Rede Nacional de Cuidados Continuados*

Integrados. <https://www.care4it.pt/portfolio/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados>

Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep medicine*, 75, 12-20.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021a, October 14). *People with Certain Medical Conditions*. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2021b, April 29). *Loneliness and Social Isolation Linked to Serious Health Conditions*.
<https://www.cdc.gov/aging/publications/features/lonely-older-adults.html>

Cevik, M., Bamford, C., & Ho, A. (2020). COVID-19 pandemic-a focused review for clinicians. *Clinical Microbiology and Infection*, 26(7), 842–847. Retirado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182753/pdf/main.pdf>

Cigiloglu, A., Ozturk, Z. A., & Efendioğlu, E. M. (2021). How have older adults reacted to coronavirus disease 2019? *Psychogeriatrics*, 21(1), 112-117.
<https://doi.org/10.1111/psyg.12639>

Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet (London, England)*, 381(9868), 752-762.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)

Conselho de Enfermagem. (2009, Junho 10). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

- Cosco, T. D., Fortuna, K., Wister, A., Riadi, I., Wagner, K., & Sixsmith, A. (2021). COVID-19, Social Isolation, and Mental Health Among Older Adults: A Digital Catch-22. *J Med Internet Res*, 23(5), e21864. <https://doi.org/10.2196/21864>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian health review*, 43(1), 43-48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2019). *5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária 2019/2021*. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Escola Superior de Saúde de Viseu. (2021). *Guia orientador de trabalhos escritos*. Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf>
- Espinho, J. (2018). *Cuidar de Quem Cuida*. [Relatório de Estágio para a obtenção do Grau de mestre em enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus]. Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora. <http://rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/23593/1/Mestrado%20-%20Enfermagem%20-%20Enfermagem%20Comunit%C3%A1ria%20e%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%ABlica%20-%20Jos%C3%A9%20Luis%20Carochinho%20Bai%C3%A3o%20Espinho%20-%20Cuidar%20de%20quem%20cuida%20.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020, December 29). Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA. 1-26. Retirado de: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf>
- Eurostat. (2020). *Ageing Europe: Looking At The Lives Of Older People In The EU*. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000>

Eurostat. (2021, Março 16). *More than a fifth of the EU population are aged 65 or over.*

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210316-1?redirect=%2F%2F%2F>

Fässberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., Canetto, S. S., De Leo, D., Szanto, K., & Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International journal of environmental research and public health*, 9(3), 722-745.

<https://doi.org/10.3390/ijerph9030722>

Flint, A. J., Bingham, K. S., & Iaboni, A. (2020). Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada. *Int Psychogeriatr*, 32(10), 1113-

1116. <https://doi.org/10.1017/s1041610220000708>

Fonseca, C. (2020). *Determinantes no Acesso a Cuidados Continuados em Contexto Domiciliar*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Sistema de Informação para Gestão Agregada dos Recursos e dos Registos Académicos.

https://sigarra.up.pt/fep/pub_geral.show_file

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2017). A proposed new definition of mental health. *Psychiatr. Pol.*, 51(3), 407-411. DOI:

<https://doi.org/10.12740/PP/74145>

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, 396(10258), 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

Grundy, E., van den Broek, T., & Keenan, K. (2017). Number of Children, Partnership Status, and Later-life Depression in Eastern and Western Europe. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 74(2). DOI:

10.1093/geronb/gbx050

- Haider, N., Osman, A. Y., Gadzekpo, A., Akipede, G. O., Asogun, D., Ansumana, R., Lessells, R. J., Khan, P., Hamid, M., Yeboah-Manu, D., Mboera, L., Shayo, E. H., Mmbaga, B. T., Urassa, M., Musoke, D., Kapata, N., Ferrand, R. A., Kapata, P. C., Stigler, F., ... McCoy, D. (2020). Lockdown measures in response to COVID-19 in nine sub-Saharan African countries. *BMJ global health*, 5(10), e003319. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003319>
- Hajek, A., & König, H. (2017). The association of falls with loneliness and social exclusion: evidence from the DEAS German Ageing Survey. *BMC Geriatr* 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0602-5>
- Herrick, C. A., Pearcey, L. G., & Ross, C. (1997). Stigma and ageism: compounding influences in making an accurate mental health assessment. *Nursing forum*, 32(3), 21–26. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1997.tb00206.x>
- Holt-Lunstad, J. (2020, June 21). Social Isolation And Health. *Health Affairs*. 10.1377/hpb20200622.253235
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000988>
- Institute of Medicine (US) Division of Health Promotion and Disease Prevention, Berg, R. L., & Cassells, J. S. (Eds.). (1992). *The Second Fifty Years: Promoting Health and Preventing Disability*. Washington (DC): National Academies Press (US). doi: 10.17226/1578

Jeste, D. V., Lee, E. E., & Cacioppo, S. (2020). Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions. *JAMA psychiatry*, *77*(6), 553–554. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0027>

Jeste, D. V. (2020). Coronavirus, social distancing, and global geriatric mental health crisis: opportunities for promoting wisdom and resilience amid a pandemic. In *Int Psychogeriatr* (Vol. 32, pp. 1097-1099). <https://doi.org/10.1017/s104161022000366x>

Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B., & Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors: Social isolation and the pandemic. *Healthcare management forum*, *34*(5), 266–271. <https://doi.org/10.1177/08404704211009233>

Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In A. L. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (2nd ed., 391-404). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.031>

Kamps, B., & Hoffmann, C. (2021). *COVID Reference*. 6thed. <https://amedeo.com/CovidReference06.pdf>

Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, *19*(3), 861-866. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Jdb3Rrs9GTJ8tQBTLJYCTxx/?format=pdf&lang=pt>

Khoury, R., & Karam, G. (2020). Impact of COVID-19 on mental healthcare of older adults: insights from Lebanon (Middle East). *Int Psychogeriatr*, *32*(10), 1177-1180. <https://doi.org/10.1017/s104161022000068x>

Kiefer R. A. (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic nursing practice*, *22*(5), 244-254. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000334915.16186.b2>

Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *Journals of Gerontology*

Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 76(2), e53-e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

Lekan, D., Williams, T., & Seguin, C. (2020). Psychological Impact of COVID-19 in Older Adults and Nurses in Geriatric Care Settings. *Tar Heel Nurse*, 83(4), 12-12.

Lilford, P., & Hughes, J. (2020, February 24). Epidemiology and mental illness in old age. *BJPsych Advances*, 26(2), 92-103. doi:10.1192/bja.2019.56

Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2021). "We Are Staying at Home." Association of Self-perceptions of Aging, Personal and Family Resources, and Loneliness With Psychological Distress During the Lock-Down Period of COVID-19. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(2), e10–e16. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>

Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., Hinchliff, S., Malta, S., & Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & mental health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>

Matos, A., Barbosa, F., Cunha, C., Voss, G., & Correia, F. (2021). Social isolation, physical inactivity and inadequate diet among European middle-aged and older adults. *BMC Public Health*, 21(924) (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10956-w>

McArthur, C., Saari, M., Heckman, G. A., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., Turcotte, L., Jbilou, J., & Hirdes, J.P. (2021). Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Long-Term Care Residents' Mental Health: A Data-Driven Approach in

New Brunswick. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 187-192. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.028>

McKinlay, A. R., Fancourt, D., & Burton, A. (2021). A qualitative study about the mental health and wellbeing of older adults in the UK during the COVID-19 pandemic. *BMC Geriatr*, 21(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02367-8>

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Lidel.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Orientacoes-para-a-constituicao-nos-centros-de-saude2.pdf>

Murayama, H., Okubo, R., & Tabuchi, T. (2021). Increase in Social Isolation during the COVID-19 Pandemic and Its Association with Mental Health: Findings from the JACSIS 2020 Study. *Int J Environ Res Public Health*, 18(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph18168238>

National Institute on Aging. (2020). Understanding the Dynamics of the Aging Process. Recuperado September 25, 2021, em <https://www.nia.nih.gov/about/aging-strategic-directions-research/understanding-dynamics-aging>

National Institute on Aging. (2021). Loneliness and Social Isolation: Tips for Staying Connected. Recuperado September 25, 2021, em <https://www.nia.nih.gov/health/loneliness-and-social-isolation-tips-staying-connected>

Nunes, A. (2018). Suicídio em Portugal: um retrato do país. *J Bras Psiquiatr.*, 67(1), 25-33. DOI: 10.1590/0047-2085000000180

- Oberfeld, B., Achanta, A., Carpenter, K., Chen, P., Gillette, N., Langat, P., Said, J., Schiff, A., Zhou, A., Barczak, A., & Pillai, S. (2020). SnapShot: COVID-19. *Cell*, 181(4), 954–954.e1. Retirado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7190493/pdf/main.pdf>
- Oliveira, M. & Fernandes, C. (2020). Managing the coronavirus pandemic in Portugal: A step-by-step adjustment of health and social services. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(5), 536–538. <https://doi.org/10.1037/tra0000879>
- Oliveira, R. (2018). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Tomar: Escola Superior de Gestão de Tomar]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28548>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária: Na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; Na Área De Enfermagem De Saúde Familiar*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2018). Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing.
https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2021). *Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030*. Recuperado Setembro 9, 2021, em
<https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2020-2030>

- Orimo, H., Ito, H., Suzuki, T., Araki, A., Hosoi, T., & Sawabe, M. (2006). Reviewing the definition of “elderly”. *Geriatrics & Gerontology International*, 6(3), 149-158.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2006.00341.x>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panchal, N., Kamal, R., Orgera, K., Cox, C., Garfield, R., Hamel, L., Muñana, C., & Chidambaram, P. (2020). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*. <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mentalhealth-and-substance-use/>
- Peters, M., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 18(10), 2119–2126.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Petersen, N., König, H. H., & Hajek, A. (2020). The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 88, 104020.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104020>
- Pisula, P., Salas Apaza, J. A., Baez, G. N., Loza, C. A., Valverdi, R., Discacciati, V., Granero, M., Santoro, X. S. P., & Franco, J. V. A. (2021). A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1. *Medwave*, 21(4), e8186. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8186>
- Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], I.P., Instituto da Segurança Social [ISS], I.P. (2020, abril 8). *Circular Normativa Conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS*.

http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Circular_Conjunta_4_2020_ACSS_ISS.pdf

Portugal, Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2017). *ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 1/CNCRNCCI/2017*.

<https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/02/Orienta%C3%A7%C3%A3o-T%C3%A9cnica-N%C2%BA1-da-CNCRNCC-de-27-fev-de-2017.pdf>

Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1(38), pp. 1182-1189.

<https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Portugal, Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, junho 6). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1(109), pp. 3856-3865.

<https://dre.pt/application/conteudo/353934>

Portugal, Decreto-Lei n.º 161/96. (1996, setembro 4). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1(205), pp. 2959-2962.

<https://dre.pt/application/conteudo/241640>

Portugal, Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020a, Junho 15). *Estimativas de População Residente em Portugal 2019*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=414436913&DESTAQUESmodo=2

Portugal, Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020b, Março 31). *Projeções de População Residente 2018-2080*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Portugal, Ministério da Saúde [MS]. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*.

<https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde [MS], Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS].

(2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários.

https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf

Portugal, PORDATA. (2020a, Agosto 1). *Retrato de Portugal, 2020*.

<https://www.pordata.pt/Retratos/2020/Retrato+de+Portugal-85>

Portugal, PORDATA. (2020b, Fevereiro 12). *Agregados domésticos privados unipessoais:*

total e de indivíduos com 65 e mais anos.

<https://www.pordata.pt/Municipios/Agregados+dom%3%a9sticos+privados+unipessoais+total+e+de+indiv%3%adduos+com+65+e+mais+anos-827-5812>

Portugal, PORDATA. (2021a, Maio 28). *Esperança de vida à nascença: total e por sexo*

(base: triénio a partir de 2001).

[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)

Portugal, PORDATA. (2021b, Junho 29). *Indicadores de envelhecimento*.

<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências

Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26).

<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Portugal, Regulamento n.º 428/2018. (2018, julho 16). Regulamento das Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. *Diário da*

República, 2(135). <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2020, Dezembro 3). *Plano de Vacinação Covid-19*. Retirado de: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/06/PlanoVacinaoCovid_19.pdf
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2021a). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado Setembro 27, 2021, em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061051/Pages/default.aspx>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2021b). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado Setembro 27, 2021, em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2021c). *Temas da Saúde: COVID-19*. Recuperado Julho 17, 2021, em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infeciosas/covid-19/#sec-0>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2020). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre 2020*. Recuperado Junho 10, 2021, em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-de-Monitorizacao-RNCCI_1.sem2020.pdf
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2021). *Continuados*. Recuperado Setembro 25, 2021, em http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/#tab_indicadores-mensais
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2002). *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional Para a Saúde Das Pessoas Idosas*.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015).

Orientação da Direção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar 2015.

Nº 015/2015. Retirado de: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017a).

Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025.

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2017b).

Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020a, Junho

6). *Como se transmite?* <https://covid19.min-saude.pt/como-se-transmite-2/>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2020b).

Perguntas Frequentes: Testes e tratamentos? Recuperado em Outubro 10, 2021, em

<https://covid19.min-saude.pt/category/perguntas-frequentes/>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021a,

Outubro 9). *Relatório de Situação.* https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/10/586_DGS_boletim_20211009-1.pdf

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021b,

Outubro 4). *Isolamento.* <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/isolamento/>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2021c, Janeiro

30). *Campanha de Vacinação Contra a COVID-19.* Norma n.º 002/2021.

<https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/03/i027259.pdf>

- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2013, dezembro 31). *Centros de Saúde recebem SClinico no início de janeiro*. <http://www.spms.min-saude.pt/2013/12/centros-de-saude-recebem-sclinico-no-inicio-de-janeiro/>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2020, julho). *SClinico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Röhr, S., Reininghaus, U., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey. *BMC Geriatr*, 20(1), 489. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01889-x>
- Rolandi, E., Vaccaro, R., Abbondanza, S., Casanova, G., Pettinato, L., Colombo, M., & Guaita, A. (2020). Loneliness and Social Engagement in Older Adults Based in Lombardy during the COVID-19 Lockdown: The Long-Term Effects of a Course on Social Networking Sites Use. *Int J Environ Res Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17217912>
- Rossi, R., Soggi, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A., Rossi, A., Siracusano, A., & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 11, 790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
- Rutherford, B. R., Brewster, K., Golub, J. S., Kim, A. H., & Roose, S. P. (2018). Sensation and Psychiatry: Linking Age-Related Hearing Loss to Late-Life Depression and Cognitive Decline. *The American journal of psychiatry*, 175(3), 215-224. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040423>
- Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID-19. (2021). *Sobre o Projeto*. Recuperado Setembro 17, 2021, em <https://sm-covid19.pt/projeto/>

Scherbov, S. & Sanderson, W. (2019). *New Measures of Population Ageing*.

https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/29/session1/EGM_25Feb2019_S1_SergeiScherbov.pdf

Seegert, L. (2017, march 16). Social isolation, loneliness negatively affect health for seniors.

Association of Health Care Journalists.

<https://healthjournalism.org/blog/2017/03/social-isolation-loneliness-negatively-affect-health-for-seniors/>

Seinfeld, S., & Sanchez-Vives, M.V. (2015). Healthy Aging Promotion through Neuroscientific

Information-Based Strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 12159-12170. doi: 10.3390/ijerph121012158

Sepúlveda, J. (2013). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Um estudo sobre a*

relevância da informação de referência para as Equipas de Cuidados

Continuados Integrados. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

<http://hdl.handle.net/10400.26/9406>

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R.,

Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due

to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and

Recommendations. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-

947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>

Serra, A., & Garcia, R. (2020). *Infografia: Como envelhecem os portugueses?*

<https://www.pordata.pt/Publicacoes/Infografias/Infografia+Como+envelhecem+os+portugueses+-195>

Sher L. (2020). An infectious disease pandemic and increased suicide risk. *Brazilian Journal*

of Psychiatry, 42(3), 239-240. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0989>

- SISQUAL WFM – effective team management. (2021). *Sobre a SISQUAL*. Recuperado Outubro 3, 2021, em <https://www.sisqualwfm.com/pt-pt/sobre-a-sisqual/>
- Snedeker L. (2017). Aging & isolation — Causes and Impacts. *Social Work Today*, 17(1), 24. <https://www.socialworktoday.com/archive/011917p24.shtml>
- Stolz, E., Mayerl, H., & Freidl, W. (2021). The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European Journal of Public Health*, 31(1), 44-49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>
- Sun, A., Finkelstein, E., & Ouchida, K. (2019, November). Social Isolation, Loneliness, and Caregiver Burden Among Paid and Unpaid Caregivers of Homebound Older Adults. *Innovation in Aging*, 3(Supplement 1), 967. <https://doi.org/10.1093/geroni/igz038.3505>
- Thomson, R., Martin, J.L. & Sharples, S. (2013). The psychosocial impact of home use medical devices on the lives of older people: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13(467). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-467>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos. (2019a). *Relatório de Atividades 2018*. Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, Coimbra.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos. (2019b). *Carta de Qualidade: UCC Norton de Matos*. Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos, Coimbra.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos. (2021). *UCC Norton de Matos*. Recuperado Setembro 20, 2021, em <https://sites.google.com/site/uccnortondematos/home>

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI]. (2012). *Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro*. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nota%20Informativa%20n%C2%BA%208.pdf>
- United Nations. (2020). *World Population Ageing 2020 Highlights*.
https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/un_pop_2020_pf_ageing_10_key_messages.pdf
- United Nations Economic Commission for Europe [UNECE]. (2015, April). *Active Ageing Index 2014 Analytical Report*. http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2015/04/AAI_2014_Report.pdf
- Valent, P. (2021). *Saúde Mental em Tempos de Pandemia (1ªed.)*. Tektime Editore.
https://play.google.com/books/reader?id=Tg4tEAAAQBAJ&pg=GBS.PP1.w.0.0.0.3&hl=pt_PT
- Van der Roest, H. G., Prins, M., van der Velden, C., Steinmetz, S., Stolte, E., vanTilburg, T. G., & de Vries, D. H. (2020). The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association, 21(11)*, 1569-1570.<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- VanItallie T. B. (2005). Subsyndromal depression in the elderly: underdiagnosed and undertreated. *Metabolism: clinical and experimental, 54(5 Suppl 1)*, 39–44.
<https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.012>
- Vellingiri, B., Jayaramayya, K., Iyer, M., Narayanasamy, A., Govindasamy, V., Giridharan, B., Ganesan, S., Venugopal, A., Venkatesan, D., Ganesan, H., Rajagopalan, K., Rahman, P., Cho, S., Kumar, N., & Subramaniam, M. (2020). COVID-19: A promising cure for the global panic. *The Science of the Total Environment, 725*, 1-18. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7128376/pdf/main.pdf>

- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology, 10*(4), 407-417.
doi:10.1017/S0959259800104101
- Vrach, I. T., & Tomar, R. (2020). Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic. *Progress in Neurology & Psychiatry, 24*(4), 25-29.
<https://doi.org/10.1002/pnp.684>
- Webb, L. (2021). COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health. In *J Psychiatr Ment Health Nurs (Vol. 28, pp. 300)*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12644>
- Wilkinson, A., Bowen, L., Gustavsson, E., Håkansson, S., Littleton, N., McCormick, J., Thompson, M., & Mulligan, H. (2019). Maintenance and Development of Social Connection by People with Long-term Conditions: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health, 16*(11), 1875.
<https://doi.org/10.3390/ijerph16111875>
- Wong, S. Y. S., Zhang, D., Sit, R. W. S., Yip, B. H. K., Chung, R. Y., Wong, C. K. M., Chan, D. C. C., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *Br J Gen Pract, 70*(700), e817-e824.
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
- World Health Organization [WHO]. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65576/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Promoting Mental Health*.
https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

- World Health Organization [WHO]. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013-2020*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- World Health Organization [WHO]. (2015, September 30). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization [WHO]. (2017, December 12). *Mental health of older adults*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- World Health Organization [WHO]. (2018, March 30). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization [WHO]. (2020, December 14). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- World Health Organization [WHO]. (2021a). *Weekly epidemiological update on COVID-19 - 21 September 2021*. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---21-september-2021>
- World Health Organization [WHO]. (2021b). *Coronavirus disease (COVID-19)*.
https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
- World Health Organization [WHO]. (2021c). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
- World Health Organization [WHO]. (2021d, September 21). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*. <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>

- Yu, B., Steptoe, A., Chen, L. J., Chen, Y. H., Lin, C. H., & Ku, P. W. (2020). Social Isolation, Loneliness, and All-Cause Mortality in Patients With Cardiovascular Disease: A 10-Year Follow-up Study. *Psychosomatic medicine*, *82*(2), 208-214.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000777>
- Zaine, I., Frohlich, D. M., Rodrigues, K., Cunha, B., Orlando, A. F., Scalco, L. F., & Pimentel, M. (2019). Promoting Social Connection and Deepening Relations Among Older Adults: Design and Qualitative Evaluation of Media Parcels. *Journal of medical Internet research*, *21*(10), e14112. <https://doi.org/10.2196/14112>
- Zhao, S. Z., Wong, J. Y. H., Luk, T. T., Wai, A. K. C., Lam, T. H., & Wang, M. P. (2020). Mental health crisis under COVID-19 pandemic in Hong Kong, China. *Int J Infect Dis*, *100*, 431-433. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.09.030>

Apêndices

Apêndice I

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

- APLICAÇÃO**
- Reduzir as faltas de registo na plataforma da RNCCI;
 - Facilitar a realização do registo à ECCI;
 - Contribuir para a realização do registo de forma correta;
 - Promover o uso da plataforma da RNCCI pela ECCI.

ABREVIATURAS ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

UP – Úlcera de Pressão

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

CONCEITOS Neste procedimento assumem-se como principais conceitos:

- **Registo:** é o ato ou efeito de registar, de inscrever um facto ou acontecimento para não ser esquecido; anotação, documentação; inscrição de atos ou acontecimentos que se desejam arquivar.

DESCRIÇÃO

Os Enfermeiros que desempenham a sua atividade nas ECCI utilizam, atualmente, o sistema de registo informático GestCare CCI. Segundo Oliveira (2018), o GestCare CCI é utilizado por todas as equipas pertencentes à RNCCI. O GestCare CCI é uma plataforma *online* desenvolvida em 2007, com o objetivo de responder às necessidades de registo e monitorização da RNCCI, das diferentes tipologias que a integram (Equipa de Gestão de Altas, Centros de Saúde, Equipa Coordenadora Local, Equipa Coordenadora Regional, Prestadores – Unidades e Equipas – e ao próprio Núcleo Funcional da RNCCI), permitindo o acesso à informação necessária, de forma a produzir ganhos em saúde em cada um dos utentes da RNCCI (Care4it HealthCare Solutions, 2021).

Esta plataforma de registo permite obter dados em tempo real, pertinentes para a gestão e para os profissionais, pois existe o registo de informação por parte de diferentes profissionais de saúde, evidenciando uma abordagem multidisciplinar ao utente da ECCI. No sentido de garantir a continuidade dos cuidados, missiva na qual assentam os Cuidados Continuados, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), através da Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro, anuncia que a informação relativa aos utentes que integram a RNCCI torna-se acessível aos profissionais de saúde, em diversos pontos do SNS, através da ligação da plataforma GestCare CCI à Plataforma de Dados de Saúde (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2012).

Os registos realizados pelos profissionais que acompanham o utente devem respeitar a periodicidade recomendada na Circular Normativa Conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS, tendo em atenção os módulos de preenchimento obrigatório por diferente nível de acesso.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 1 DE 18



PROCEDIMENTOS

Preencher os campos “UTILIZADOR” e “SENHA” e premir **ENTRAR**.

ADMISSÃO

Para realizar a admissão de um utente na ECCI, no campo “Relatório/Listagem” seleccionar: “**UP-02 Doentes a Internar Brevemente**” e premir “**Executar**”.

Seleccionar o nome do utente que está a aguardar internamento.

Abre uma Ficha do utente, com os dados pessoais, e com a identificação do episódio atual (“FASE: A admitir”) e anteriores (“FASE: Terminado”), se tiverem ocorrido.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI



Principal Episódios **Ficha Utentes** Contratos Backoffice Documentos

ATALHOS
Pesquisa Utentes

FICHA DO UTENTE: 1 ? Ajuda

Editar RNU - Actualizar Dados

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº Cartão SNS	NISS
Tipo Documento	Número
Emitido em	Arquivo de
Subsistema Saúde	Nº Subsistema Saúde
NIF	

IDENTIFICAÇÃO

Nome	
Data Nascimento	Idade
Naturalidade	Nacionalidade
Estado Civil	Situação Profissional
Habilitações Literárias	
Sexo	Data Óbito

MORADA

Pais	Distrito
Região	Freguesia
Concelho	
Arteria	
Localidade	Código Postal

CONTACTOS

Telemóvel	Telefone
Fax	Email

OUTROS

Consultoria Pallativos Não Equipa consultora N.A.

PARA VISUALIZAR OS EPISÓDIOS DESTE UTENTE PRESSIONE NO BOTÃO AO LADO DA PALAVRA EPISÓDIO REPRESENTADO POR: ▾

AGREGADO FAMILIAR

EPISÓDIOS

#Episódio	Fase	Estado	Prestador	EGA/CS	ECL	ECR	Criado	Criação	Modificação
A Admitir	Aguarda Utente								
Terminado	Alta								
Terminado	Alta								

Selecionar o episódio atual, premindo “A Admitir”. Abrirá o episódio correspondente do utente:

Principal **Episódios** Ficha Utentes Contratos Backoffice Documentos

ATALHOS

FICHA UTENTE

EPISÓDIO

EPISÓDIO: DO UTENTE: ? Ajuda

Editar Fases e Estados Transferências Promovações Internamentos RSE

EPISÓDIO #Episódio: 27429772-1 Fase: Admitido Estado: Admissão Efectivada

PROVENIENCIA

Origem	
Instituição	
Especialidade	Médico
Serviço	
Data de Internamento Hosp. Agudos	Data Prevista Alta Hosp. Agudos

PAGADOR/ ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL

Tipo	Causa
Designação	Número
Descrição	

TIPOLOGIA

Área Cuidados	
Área Cuidados Transferência	
Tipologia Proposta	
Alteração Tipologia	
Nova Tipologia	
Justificação:	

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

CAUSA SOLICITAÇÃO	
Existência Úlcera de Pressão	
Descanso do cuidador	
Utente em situação de fragilidade	
Doenças crónicas com episódio de agudização	
Necessidade de continuidade de cuidados	
Necessidade de vigilância e tratamentos complexos	
Cuidados paliativos	
Necessidade de ensino doente/cuidadores	
Outra causa de solicitação	
REFERENCIAÇÃO	
EGAVCS	
ECL	ECL Morada Preferencial
ECR	Prestador
Data de Admissão na RNCCI	
CONSENTIMENTO INFORMADO	
Consentimento Informado	Data do consentimento
Termo de Aceitação de Internamento	Data do Termo de Aceitação de Internamento
UNIDADES PREFERENCIAIS	
1ª Unidade de Preferência	
2ª Unidade de Preferência	
3ª Unidade de Preferência	
MORADA PREFERENCIAL	
Região	Distrito
Concelho	Freguesia
Artéria	
Localidade	Código Postal
Telemóvel	Telefone
FAX	Email
SITUAÇÃO SOCIO-ECONÓMICA	
Estado Civil	Número Anos Escolaridade

PARA VISUALIZAR AS DIVERSAS AVALIAÇÕES E CONTACTOS PRIVILEGIADOS PRESSIONE NOS BOTÕES EXISTENTES ABAIXO REPRESENTADOS POR: ▾

- ▾ PARÂMETROS VITAIS
- ▾ PARÂMETROS BIOFÍSICOS
- ▾ ÚLCERA DE PRESSÃO - RISCO - ESCALA DE BRADEN
- ▾ RISCO DE QUEDAS - MORSE
- ▾ ÚLCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO
- ▾ TABELA NACIONAL DE FUNCIONALIDADE
- ▾ CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE - IDOSO
- ▾ CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE - SAÚDE MENTAL
- ▾ REGISTOS DE QUEDAS
- ▾ AVALIAÇÕES MÉDICAS
- ▾ AVALIAÇÕES ENFERMAGEM
- ▾ AVALIAÇÕES SOCIAIS
- ▾ CONTACTOS PRIVILEGIADOS
- ▾ IAI - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO INTEGRADA (ANTIGO MAB)
- ▾ OUTRAS AVALIAÇÕES
- ▾ REGISTO DE PENSOS E APÓSITOS
- ▾ VIGILÂNCIA DE DIABETES
- ▾ REGISTO DE EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
- ▾ NOTA DE ALTA
- ▾ REGISTO DE FÁRMACOS
- ▾ AVALIAÇÃO DOR

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI



Premir “**Editar**” (campo abaixo da identificação do **EPISÓDIO**), e abrirá a janela seguinte:

EPISÓDIOS: ? Ajuda

Gravar Cancelar * Indica campo obrigatório

EPISÓDIO

#Episódio: Fase* Estado*

SELECIONA VAGA

DOCUMENTAÇÃO A ANGARIAR

Consentimento Informado Data do consentimento

Termo de Aceitação de Internamento Data do Termo de Aceitação de Internamento

TIPOLOGIA

Área Cuidados* Tipologia Proposta*

ALTERAÇÃO DE TIPOLOGIA

Nova Tipologia

PROVENIÊNCIA

Origem* Designação

Especialidade Médico

Data de Internamento Hosp. Agudos Data Prevista Alta Hosp. Agudos

3º PAGADOR/ ENTIDADE FINANCEIRA RESPONSÁVEL

Tipo Causa

Designação

Número

Descrição

CAUSA SOLICITAÇÃO

Existência Úlcera de Pressão*

Descanso do cuidador*

Utente em situação de fragilidade*

Doenças crónicas com episódio de agudização*

Necessidade de continuidade de cuidados*

Necessidade de vigilância e tratamentos complexos*

Cuidados paliativos*

Necessidade de ensino doente/cuidadores*

Outra causa de solicitação

ESTADO CIVIL/ESCOLARIDADE

Estado Civil

Número Anos Escolaridade

MORADA PREFERENCIAL

Região Distrito

Concelho Freguesia

Artéria

Localidade Código Postal

Telemóvel Telefone

FAX Email

REFERENCIAÇÃO

ECR*

ECL Morada Preferencial*

OBSERVAÇÕES

Gravar Cancelar

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

No campo onde indica o **Estado**, modificar “**Aguarda utente**” para “**Admissão efetivada**” e premir “**Gravar**”.

EPISÓDIOS: ? Ajuda

Gravar Cancelar * Indica campo obrigatório

EPISÓDIO

#Episódio: 28923736-3 Fase* Estado*

Aparecerá a seguinte mensagem, premir **SIM**.

EPISÓDIOS Ficha Utentes Contratos

Confirme que pretende gravar o actual episódio no estado:
Admissão Efectivada

No âmbito das equipas domiciliárias RNCCI, no que se relaciona com a admissão do utente, que deve ser efetuada nas primeiras 48 horas, os módulos com carácter obrigatório de preenchimento são os seguintes: Avaliação Médica; Avaliação de Enfermagem; Avaliação Social; Avaliação do Risco de UP (quando não existe UP); Avaliação de UP (sempre que presente, devendo ser efetuada uma avaliação por UP); Avaliação do Risco de Queda; Avaliação da Queda (sempre que ocorra); Avaliação da Diabetes (sempre que presente); Avaliação dos Parâmetros Vitais; Avaliação dos Parâmetros Biofísicos; Agregado Familiar; Contactos Privilegiados; Classificação do grau de funcionalidade através da Tabela Nacional de Funcionalidade (Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], Instituto da Segurança Social [ISS], 2020).

No campo “**Relatório/Listagem**” seleccionar: “**UP-01 Doentes Internados**” e premir “**Executar**”

Principal Episódios Ficha Utentes Contratos Backoffice Documentos

ATALHOS RELATÓRIOS/LISTAGENS: UP 01 - DOENTES INTERNADOS

SELECIONE UM RELATÓRIO/LISTAGEM:

Relatório/Listagem

FORMATAÇÃO DE PREFERÊNCIAS

Visualizar como:

Incluir Cabeçalho

RESULTADO DO RELATÓRIO/LISTAGEM

Utente	Episódio	Data Inicio	dias de Internamento
--------	----------	-------------	----------------------

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 6 DE 18

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI



Selecionar o nome do utente do qual se pretende efetuar registo. Abrirá uma Ficha do utente, com os dados pessoais, e com a identificação do episódio atual (“FASE: Admitido”) e anteriores (“FASE: Terminado”), se tiverem ocorrido.

Principal Episódios **Ficha Utentes** Contratos Backoffice Documentos

ATALHOS
Pesquisa Utentes

FICHA DO UTENTE: 1
[Editar] [RNU - Actualizar Dados] ? Ajuda

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº Cartão SNS		NISS	
Tipo Documento		Número	
Emitido em		Arquivo de	
Subsistema Saúde		Nº Subsistema Saúde	
NIF			

IDENTIFICAÇÃO

Nome		Idade	
Data Nascimento		Nacionalidade	
Naturalidade		Situação Profissional	
Estado Civil			
Habilitações Literárias			
Sexo		Data Óbito	

MORADA

Pais		Distrito	
Região		Freguesia	
Concelho			
Artéria		Código Postal	
Localidade			

CONTACTOS

Telemóvel		Telefone	
Fax		Email	

OUTROS

Consultoria Paliativos Não Equipa consultora N.A.

PARA VISUALIZAR OS EPISÓDIOS DESTE UTENTE PRESSIONE NO BOTÃO AO LADO DA PALAVRA EPISÓDIO REPRESENTADO POR: ▼

▼ AGREGADO FAMILIAR

▲ EPISÓDIOS

Início Anterior (1-1 de 1) Próximo Final

#Episódio	Fase	Estado	Prestador	EGA/CS	ECL	ECR	Criado	Criação	Modificação
1	Admitido	Admissão Efectivada							

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

Selecionar o episódio atual, premindo “Admitido”. Abrirá o episódio correspondente do utente:

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI



- ▼ REACÇÕES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS
- ▼ CÁLCULO COMPARTICIPAÇÃO
- ▼ AGUDIZAÇÕES / RESERVA DE VAGA
- ▼ CUIDADOS PALIATIVOS - AVALIAÇÃO
- ▼ IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADE DE APOIO SOCIAL
- ▼ REGISTO DO TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO DOMICILIO
- ▼ REGISTO DE CONSUMO DE FRALDAS
- ▼ AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON
- ▼ EXISTÊNCIA ÚLCERA DE PRESSÃO
- ▼ REGISTO DE INTERVENÇÃO EM AMBULATÓRIO
- ▼ ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO RELACIONAL
- ▼ ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO FUNCIONAMENTO DA CRIANÇA
- ▼ QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DE DIFICULDADES
- ▼ BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE FOR CHILDREN
- ▼ PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO

Na secção “**EPISÓDIO**”, é possível aceder a diversos módulos, destacando-se: Parâmetros vitais e biofísicos, Avaliação do risco de úlcera de pressão (Escala de *Braden*), Avaliação da úlcera de pressão, Tabela Nacional de Funcionalidade, Avaliação do risco de quedas (Escala de *Morse*), Registo de quedas, Avaliações médicas, Avaliações enfermagem, Avaliações sociais, Contatos privilegiados, Vigilância de diabetes, Avaliação da dor, Agudizações/reserva de vaga e Nota de alta (Portugal, Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [CNCRNCCI], 2017).

Pela equipa de enfermagem da ECCI, devem ser preenchidos os seguintes módulos: Avaliação de Enfermagem; Avaliação do Risco de UP (quando não existe UP); Avaliação de UP (sempre que presente, devendo ser efetuada uma avaliação por UP); Avaliação do Risco de Queda; Avaliação da Queda (sempre que ocorra); Avaliação da Diabetes (sempre que presente); Avaliação dos Parâmetros Vitais; Avaliação dos Parâmetros Biofísicos; Classificação do grau de funcionalidade através da Tabela Nacional de Funcionalidade.

Nos “**Parâmetros vitais**”, abrir “**Novo**”.

Preencher todos os campos e premir “**Gravar**”.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

Nos “Parâmetros biofísicos”, abrir “Novo”.

Preencher todos os campos e premir “Gravar”.

No módulo “Úlcera de Pressão – Risco – Escala de Braden”, abrir “Novo”.

Preencher todos os campos obrigatórios (os identificados com *) e premir “Gravar”.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 10 DE 18

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

No módulo “Risco de Quedas – Morse”, abrir “Novo”.

RISCO DE QUEDAS - MORSE

Novo

Início / Anterior (1 - 6 de 6) Próximo / Final

Data Criação: Classificação: Risco: Última Modificação por: Estado Registo

Preencher todos os campos obrigatórios (os identificados com *) e premir “Gravar”.

RISCO DE QUEDAS - MORSE: ? Ajuda

Gravar Cancelar * Indica campo obrigatório

AVALIAÇÃO

Antecedentes de Quedas: * --Selecionar--

Diagnóstico Secundário: * --Selecionar--

Apoio para Deambulação: * --Selecionar--

Medicação e/ou Heparina Intravenosa: * --Selecionar--

Marcha: * --Selecionar--

Estado Mental: * --Selecionar--

Classificação: 0

NÍVEL DE RISCO

Risco	Pontuação	Medidas a Tomar
Baixo Risco	0 - 24	Cuidados Básicos de Saúde
Médio Risco	25 - 50	Implementar as intervenções de prevenção standard de quedas
Alto Risco	>=51	Implementar as intervenções de prevenção de alto risco de quedas

NOTAS

1 - Antecedentes de Queda Tem pontuação 25 se o doente sofreu alguma queda no presente internamento ou caiu pela primeira vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses), por causas fisiológicas.

2 - Diagnóstico Secundário Tem pontuação 15 se mais do que um diagnóstico está identificado no processo clínico.

3 - Apoio para deambulação Tem pontuação 0 se o doente deambula sem ajuda de um auxiliar de marcha (pode ser assistido pelo enfermeiro), deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Tem pontuação 15 se o doente deambula com ajuda de um auxiliar de marcha. Tem pontuação 30 se o doente deambula apoiando-se na mobília.

4 - Medicação e/ou heparina intravenosa Pontuação 0 se o doente não faz medicação e/ou heparina endovenosa. Pontuação 20 se o doente faz medicação e/ou heparina endovenosa.

5 - Marcha Pontuação 0 se o doente deambula com a cabeça erecta, sem hesitações, deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Pontuação 10 se doente caminha inclinado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, apoiando-se na mobília. Os passos são curtos e o doente arrasta os pés. Pontuação 20 se o doente tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça do doente está inclinada e o campo de visão abrange só o chão. Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda).

6 - Estado Mental Pontuação 0 se o doente está consciente das suas limitações. Pontuação 15 se doente não está consciente das suas limitações.

Pontuação e Nivel de Risco A pontuação é então registada e guardada nos registos do paciente. O Nivel de risco e acções recomendadas são identificadas.

NOTA IMPORTANTE A escala de quedas de Morse deve ser calibrada para cada unidade de saúde para que a estratégia de prevenção de quedas tenham como alvo aqueles que estão mais em risco. Por outras palavras, diminuir a pontuação pode ser diferente, dependendo se estamos num hospital de agudos, numa casa de repouso ou numa unidade de reabilitação. Além disso, a escala pode ser ajustada de maneira diferente por unidades particulares que tenham um certo tipo de instalações.

Gravar Cancelar

Nos utentes com existência de úlceras de pressão, abrir o módulo “Úlceras de Pressão – Avaliação”, abrir “Novo”, preencher todos os campos obrigatórios (os identificados com *) e premir “Gravar”.

ULCERAS DE PRESSÃO - AVALIAÇÃO

Novo Avaliações Realizadas

Início / Anterior (1 - 7 de 7) Próximo / Final

Data Criação: Pontuação total Localização Outro local Lateralidade Direcção Última Modificação por: Estado Registo

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

No módulo “**Tabela Nacional de Funcionalidade**”, abrir “**Novo**”, preencher todos os campos e premir “**Gravar**”.

No módulo “**Avaliações de Enfermagem**”, abrir “**Novo**”.

Escrever as “**Notas de enfermagem**” gerais referentes ao utente, selecionar os campos correspondentes ao utente em avaliação com visto nas divisões de “**Diagnóstico enfermagem**”, “**Intervenção de Enfermagem**”, “**Ensinar doente/cuidador sobre**”, “**Terapia**”, “**Dispositivo de correção**”, “**Dispositivo de imobilização**”, “**Dispositivo de mobilização**”, e premir “**Gravar**”.

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM

Risco de aspiração <input type="checkbox"/>	Risco de desidratação <input type="checkbox"/>
Risco de obstipação <input type="checkbox"/>	Risco de ulcera pressão <input type="checkbox"/>
Risco de maceração <input type="checkbox"/>	Risco de queda <input type="checkbox"/>
Risco de rigidez articular <input type="checkbox"/>	Confusão <input type="checkbox"/>
Comunicação alterada <input type="checkbox"/>	Adesão ao regime terapêutico não demonstrada <input type="checkbox"/>
Stress do prestador de cuidados <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 12 DE 18

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Aspirar secreções <input type="checkbox"/>	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo <input type="checkbox"/>
Executar tratamento ao estoma <input type="checkbox"/>	Executar tratamento a ferida traumática <input type="checkbox"/>
Executar tratamento a ferida cirúrgica <input type="checkbox"/>	Executar tratamento a ulcera de pressão <input type="checkbox"/>
Estimular a pessoa para o auto-cuidado <input type="checkbox"/>	Estimular a pessoa para adesão ao regime terapêutico <input type="checkbox"/>
Trocar saco colostomia <input type="checkbox"/>	Trocar saco drenagem de ferida <input type="checkbox"/>
Trocar saco ileostomia <input type="checkbox"/>	Trocar sonda nasogástrica <input type="checkbox"/>
Trocar cânula de traqueostomia <input type="checkbox"/>	Trocar saco de urina <input type="checkbox"/>
Trocar cateter urinário <input type="checkbox"/>	Trocar cateter venoso periférico <input type="checkbox"/>
Trocar Fralda <input type="checkbox"/>	

ENSINAR DOENTE/CUIDADOR SOBRE

Execução de técnicas <input type="checkbox"/>	Regime terapêutico <input type="checkbox"/>
Auto-cuidados <input type="checkbox"/>	Hábitos de risco <input type="checkbox"/>

TERAPIA

Inaloterapia <input type="checkbox"/>	Oxigenoterapia <input type="checkbox"/>
Terapia com Dispositivos Auxiliares <input type="checkbox"/>	Terapia com Fluidos ou Electrólitos <input type="checkbox"/>
Terapia Intravenosa <input type="checkbox"/>	Terapia Nutricional <input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE CORRECÇÃO

Lentes de Contacto <input type="checkbox"/>	Óculos <input type="checkbox"/>
Membro Artificial <input type="checkbox"/>	Prótese Dentária <input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO

Aparelho Gessado <input type="checkbox"/>	Barreira Limitadora <input type="checkbox"/>
Grades da Cama <input type="checkbox"/>	Tala <input type="checkbox"/>

DISPOSITIVO DE MOBILIZAÇÃO

Barra de Apoio <input type="checkbox"/>	Dispositivo para Levante <input type="checkbox"/>
Cadeira de Rodas <input type="checkbox"/>	

Gravar Cancelar

No módulo “**Vigilância de Diabetes**”, abrir “**Novo**”.

^ VIGILÂNCIA DE DIABETES

Novo

Início / Anterior (0 - 0 de 0) Próximo / Final

Data Criação: Tipo O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos 6: Última Modificação por: Estado Registo

Preencher o campo “**Tipo**”, premir “**Validar**” e seguir as instruções de restante preenchimento do módulo.

AVALIAÇÃO/RISCO DE DIABETES: ? Ajuda

Cancelar Validar

* Indica campo obrigatório

Tipo* --Seleccionar--

Cancelar Validar

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

REGISTO DIÁRIO

Para realizar o registo diário dos utentes com visita domiciliar da ECCI na plataforma da RNCCI, são preenchidos os campos “**Registo do tempo de prestação de cuidados no domicílio**” e “**Registo de Pensos e Apósitos**”.

Deverá ser selecionado o campo “**Registo do tempo de prestação de cuidados no domicílio**” e após abrir “**Novo**” que abrirá uma nova janela “**Registo de Visita ao Domicílio**”.

Após preenchimento de todos os campos obrigatórios (os identificados com *****) e do campo de “**KMs Percorridos**”, premir “**Gravar**”.

No caso de utentes aos quais é realizado tratamento de feridas, abrir o campo “**Registo de Pensos e Apósitos**” e abrir “**Novo**” que abrirá uma nova janela “**Pensos e Apósitos**”.

Após preenchimento de todos os campos obrigatórios (os identificados com *****) e dos campos designados por “**Ano**” e “**Quantidade**”, premir “**Gravar**”.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 14 DE 18

ACOMPANHAMENTO

Para realizar o **acompanhamento** (reavaliação mensal), a equipa de enfermagem preenche os módulos: “**Parâmetros vitais**”, “**Parâmetros Biofísicos**”, “**Úlcera de Pressão – Risco – Escala de Braden**” (quando não existe UP), “**Risco de Quedas – Morse**”, “**Úlceras de Pressão – Avaliação**” (no caso de existência de UP), “**Tabela Nacional de Funcionalidade**”, “**Avaliações Enfermagem**” e “**Vigilância de Diabetes**” (se diabético).

Foi criado o documento “*Registos na plataforma da RNCCI – ECCI NORTON DE MATOS*” (Anexo I) com o intuito de fixar um dia do mês para o registo dos módulos identificados anteriormente em cada utente, pela equipa de enfermagem.

ALTA

Em relação ao registo efetuado no momento da alta, deverá ser realizado o registo em todos os módulos referidos no âmbito do acompanhamento e o registo no módulo Nota de Alta (Portugal, ACSS, ISS, 2020).

No módulo “**Nota de Alta**”, abrir “**Novo**”.

NOTA DE ALTA

Novo

Início Anterior (0 - 0 de 0) Próximo Final

Data Criação: Destino após Alta Motivo de Alta Última Modificação por: Estado Registo

Preencher os campos e premir “**Gravar**”.

NOTA DE ALTA: ? Ajuda

Gravar Cancelar * Indica campo obrigatório

Destino após Alta * --Selecionar-- Motivo de Alta * --Selecionar--

TERAPIA

Terapia Realizada *

Terapia Proposta *



PROCEDIMENTOS

PCS.ECCI.01
10/08/2021
Rev.: 01

Registos da ECCI na plataforma da RNCCI

OUTRAS TERAPIAS

Médica	
Enfermagem	
Social	
Outras	

Gravar Cancelar



BIBLIOGRAFIA

Care4it HealthCare Solutions (2021, Agosto 8). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Solução exclusiva da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. <https://www.care4it.pt/portfolio/rede-nacional-de-cuidados-continuados-integrados>

Oliveira, R. (2018). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): Um estudo aprofundado sobre a eficácia e eficiência do seu desenho e funcionamento nomeadamente em Cuidados de Reabilitação*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Tomar: Escola Superior de Gestão de Tomar]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28548>

Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], I.P., Instituto da Segurança Social [ISS], I.P. (2020, abril 8). *Circular Normativa Conjunta n.º 4/2020/ACSS/ISS*. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/04/Circular_Conjunta_4_2020_ACSS_ISS.pdf

Portugal, Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [CNCRNCCI]. (2017). *Orientação Técnica Nº 2*. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/OT_2_CNCRNCCI_2017_Implementacao_CIF_GestCare_CCI.pdf

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI]. (2012). *Nota Informativa nº8/UMCCI/2012 de 13 de novembro*. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Nota%20Informativa%20n%C2%BA%208.pdf>

HISTÓRICO DO DOCUMENTO

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:



ANEXO I

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Registos na plataforma da RNCCI – ECCI NORTON DE MATOS

Nome do utente	Referenciação para	Registo mensal, na plataforma da RNCCI (dia fixo todos os meses)	Observações
		Dia 3	
		Dia 5	
		Dia 9	
		Dia 11	
		Dia 13	
		Dia 17	
		Dia 19	
		Dia 23	
		Dia 25	
		Dia 27	

Diário: Registo do tempo de prestação de cuidados no domicílio.

Nos doentes com Feridas: Registo de pensos e apósitos.

Mensal: Parâmetros Vitais; Parâmetros Biofísicos; Úlcera de Pressão – Risco – Escala de *Braden* (nos doentes sem úlcera); Risco de Quedas – *Morse*; Tabela Nacional de Funcionalidade; Avaliações Enfermagem; Vigilância da Diabetes.

Nos doentes com Úlcera de Pressão: Úlcera de Pressão – Avaliação.

Apêndice II

Indicadores UCCNM, no domínio da ECCI



Indicadores UCCNM, no domínio da ECCI

- APLICAÇÃO**
- Identificar os indicadores contratualizados pela UCCNM;
 - Relacionar os registos no Sclínico com a satisfação dos indicadores contratualizados;
 - Reduzir as faltas de registo no Sclínico, referentes à intervenção pela ECCI, e facilitar a realização dos mesmos de forma adequada;
 - Promover o uso do programa Sclínico pela ECCI.

- ABREVIATURAS**
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- Sclínico CSP – Sclínico Cuidados de Saúde Primários
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UCCNM – Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos
- UP – Úlcera de Pressão

CONCEITOS Neste procedimento assumem-se como principais conceitos:

- *Indicadores*: constituem uma das múltiplas possibilidades de ler um conjunto de dados; marcadores específicos do estado da saúde das populações; sugerem necessidades de desenvolvimento do conhecimento e, conseqüentemente, novas e diferentes linhas de investigação.
- *Contratualização*: ato ou efeito de contratualizar; estabelecer as regras contratuais de; pôr em contrato. A contratualização com os CSP representa um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades. O processo de contratualização, transversal a todos os níveis da estrutura da prestação de CSP no SNS (Administrações Regionais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, Unidades Funcionais), potencia a melhoria contínua do desempenho e assegura o necessário envolvimento e participação de todos os envolvidos no processo (Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2020).

DESCRIÇÃO

Os Enfermeiros que desempenham a sua atividade nas ECCI utilizam os programas de registo informático Sclínico CSP e GestCare CCI para o registo das atividades. Apesar dos dois sistemas de registo informático, GestCare CCI e Sclínico CSP, permitirem a realização do registo dos cuidados prestados de uma forma muito completa e estruturada, os sistemas não comunicam entre si, isto é, não existe uma interoperabilidade entre eles.

O Sclínico CSP é um sistema de informação, criado em 2013, que veio substituir as aplicações utilizadas anteriormente, integrando-as num *software* único (Portugal, Serviço Nacional de

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 1 DE 10

Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2013). A utilização do programa Sclínico CSP tem como objetivo a homogeneização das práticas e da informação recolhida a nível nacional, através do acesso à informação clínica do utente, utilização, sistematização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diferentes áreas, potenciando a melhoria do desempenho da equipa multidisciplinar que acompanha o utente (Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2020). O Sclínico CSP inclui a CIPE para a descrição dos cuidados, no que se relaciona com os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

PROCEDIMENTO

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem na ECCI, no Sclínico CSP, o utente é admitido na secção “Equipas”, que corresponde à lista de utentes referenciados da ECCI, com escolha da área de cuidados direcionada para o utente, posteriormente estabelecem-se os diagnósticos de enfermagem e o respetivo plano de cuidados. Ao aceder ao processo do utente da ECCI, é selecionado o domicílio como “Local de Contacto”, define-se a ECCI como “Equipa” prestadora de cuidados, assumindo-se a “Consulta de Enfermagem” como “Tipo de Contacto” e são selecionados os “Programas de Saúde activos” associados às necessidades do utente, sendo os mais frequentemente selecionados: “Programa de Cuidados Continuados”, “Tratamento de Feridas / Úlceras”, “Reabilitação”, “Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas”, “Programa Nacional para a Diabetes”, “Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares”, “Dependentes”, “Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, “Saúde do Adulto” e “Programa Nacional para a Saúde Mental”.

A secção “Avaliação Inicial”, preenchida quando existe um primeiro contato com o utente, permite registar dados de avaliação gerais, salientando-se os seguintes parâmetros: “Dados Gerais” (nome preferido, estado civil, habilitações literárias, profissão, contacto telefónico, observações); “Apoio Social”; “Antecedentes Pessoais”; “Situação Profissional” (ativo, não ativo); “Prestador de Cuidados” (papéis, nome, parentesco, escolaridade, profissão, contacto, Instituição, observações gerais); “Processo Familiar”.

Na secção “Processo de Enfermagem”, de acordo com os Programas e Projetos de Saúde inicialmente definidos e as necessidades do utente, são definidos os Focos de Atenção e os Diagnósticos de Enfermagem. Os focos de atenção da prática de enfermagem mais valorizados nesta área do cuidado continuado integrado aos utentes da ECCI são: o autocuidado (alimentar-se, posicionar-se, transferir-se, autocuidado de higiene), a gestão do regime terapêutico (regime dietético, regime medicamentoso, exercício físico), o papel de prestador de cuidados e o *stress* do prestador de cuidados, queda, úlcera, UP, ferida, dor,

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 2 DE 10



comportamento de procura de saúde, comportamento de adesão, espasticidade, parésia, pé equino, anquilose, rigidez articular, equilíbrio corporal, entre outros. Após a definição dos focos de atenção, são definidos os diagnósticos de enfermagem e, posteriormente à sua ativação, são sugeridas as intervenções de enfermagem associadas a cada diagnóstico. A cada intervenção são atribuídos horários para a sua realização, permitindo a validação das mesmas na secção “Mapa de Cuidados”. O agendamento da visita domiciliária é realizado também no programa Sclínico CSP, assim como as atualizações dos registos de enfermagem a cada contato com o utente e/ou prestador de cuidados.

Indicadores contratualizados pela UCCNM, no domínio da ECCI:

• 284 - PROPORÇÃO DE UTENTES COM ALTA ECCI COM OBJETIVOS ATINGIDOS

Objetivo: Avaliar a capacidade da ECCI para implementar o plano individual de intervenção multidisciplinar de cada utente, de forma a atingir os objetivos inicialmente estabelecidos.

Resultado: Contabilizadas as altas qualificadas no sistema de informação como "Atingidos os objetivos". Não são contabilizadas as que são qualificadas como um dos seguintes ou equivalentes: Óbito, Internamento hospitalar, Transferência para outra tipologia, Outros.

Abrir o programa informático Sclínico CSP: selecionar “Equipas”.



No momento da alta do utente da Equipa da ECCI, quando se dá termo da admissão ter em atenção a escolha do motivo.

Utente a admitir: + Utentes em Espera

Equipa	Designação
1	ECCI

Profissional | Especialidade | Resp. Adm.

	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	SERVIÇO SOCIAL	<input checked="" type="checkbox"/>
	NUTRIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
	MEDICINA GERAL E FAMILIAR	<input type="checkbox"/>

Processo | Nome | Idade | Início | Termo

Contagem total de utentes: 149

ESTADOS DO UTENTE

Estado	Motivo	Data	Resp.
ADMISSAO	CUIDADOS DE REABILITAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
TERMO ADMISSAO	ATINGIDOS OS OBJETIVOS		

Observações [CUIDADOS DE REABILITAÇÃO] [CUIDADOS DE ENFERMAGEM]

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

• 285 - TAXA DE EFETIVIDADE NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS PRESSÃO

Objetivo: Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão (Utentes [integrados na ECCI] com risco de úlcera de pressão e sem registo de presença de úlcera de pressão durante a integração).

Resultado: Sem úlcera de pressão.

Scĺnico: Foco de atenção - Úlcera pressão/ Risco de UP em grau...; Intervenção de enfermagem - Monitorizar o risco de UP através da escala de Braden.

Observação: Só são contabilizados os diagnósticos de enfermagem úlcera de pressão registados a partir do 3º dia de integração ou de readmissão na ECCI (mais de 48h após a admissão ou readmissão).

Nos utentes com presença de UP anterior à admissão na ECCI efetuar o levantamento do foco de atenção e ativar o diagnóstico e respetivas intervenções nas primeiras 48 horas.

Para efetuar o registo do risco de UP no Scĺnico CSP:

- Abrir “Processo Enfermagem”.



- Selecionar nas “Intervenções de Diagnóstico” a intervenção “Avaliar risco de UP”, realizar ativação do “Foco de atenção e diagnóstico” e ativar as intervenções adequadas sugeridas face ao foco, nomeadamente: “Avaliar risco de UP”.

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 04-03-2009 Fim: 30-09-2021

Focos de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo
Úlcera de Pressão	Úlcera de pressão	23-09-2021 10:32	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: Resp. Termo: Termo

Especificações

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Avaliar risco de úlcera de pressão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Avaliar úlcera de pressão	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ensinar o prestador de cuidados sobre doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ensinar sobre complicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Parado Normas Termo

Última Avaliação: 2021-09-24 12:43 [1]

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 4 DE 10

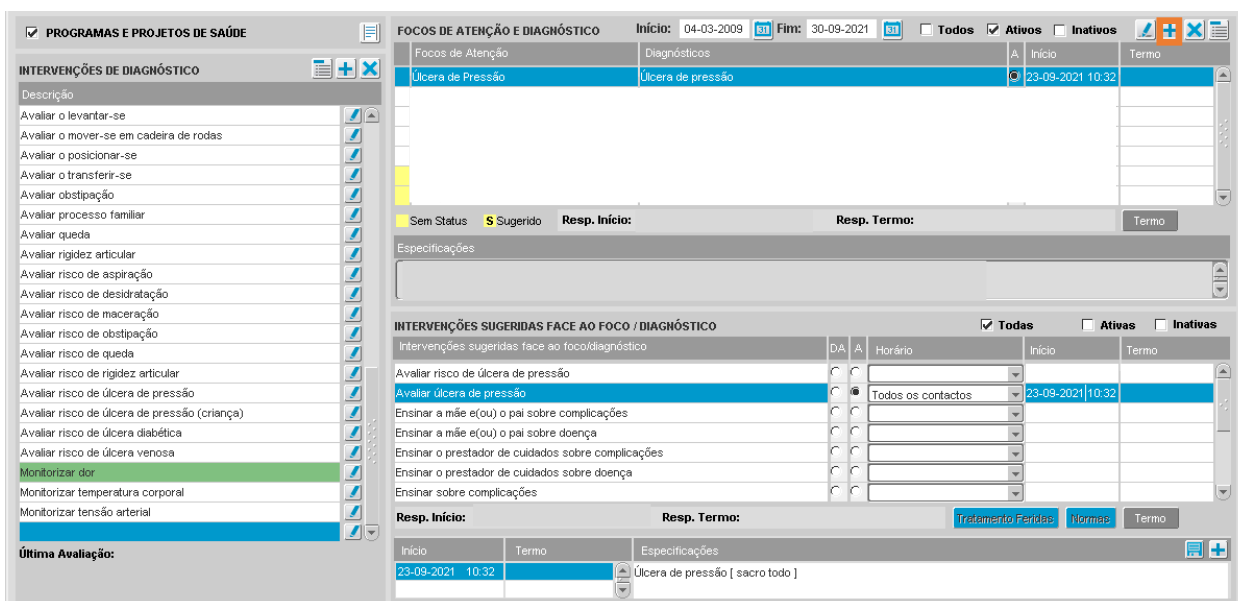


Para efetuar o registo das úlceras por pressão no SClínico CSP:

- Abrir “Processo Enfermagem”.



- Selecionar inserir no símbolo “+”, escrever “Úlcera de pressão”, fornecer as informações solicitadas acerca da localização e selecionar “Terminar”, realizar ativação do “Foco de atenção e diagnóstico” e ativar as intervenções adequadas sugeridas face ao foco, nomeadamente: “Avaliar UP”.



- Abrir “Mapa de Cuidados” e realizar os registos das intervenções selecionadas.



• **287 - TAXA INCIDÊNCIA DE ÚLCERA PRESSÃO NA ECCI**

Objetivo: Determinar a ocorrência de novos casos de úlcera de pressão.

Resultado: A proporção de novos casos de úlcera de pressão documentados em utentes integrados na ECCI.

Sclínico: Foco de atenção: Úlcera de pressão/Úlcera de pressão presente.

Observação: Só são contabilizados os diagnósticos de enfermagem associados a úlcera de pressão, registados a partir do 3º dia de integração ou de readmissão na ECCI. Não estão sob avaliação os períodos em que utente tem vaga suspensa ou internamento.

- Modo de registo das UP igual ao descrito no ponto anterior.

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

289 - PROPORÇÃO UTENTES COM GANHOS NO CONTROLO DA DOR

Objetivo: Avaliar os ganhos expressos no controlo da intensidade da dor nos utentes com consulta de enfermagem realizada por enfermeiros da UCC.

Resultado: Sem dor ou status inferior.

Scĺnico: Foco de atenção – Dor. Intervenção de enfermagem - Monitorizar a dor, Vigiar a dor.

Para efetuar o registo da dor no SCĺnico CSP:

- Abrir “Processo Enfermagem”.



- Selecionar nas “Intervenções de Diagnóstico” a intervenção “Monitorizar dor”, realizar ativação do “Foco de atenção e diagnóstico” e ativar as intervenções adequadas sugeridas face ao foco, nomeadamente: “Monitorizar a dor” e “Vigiar a dor”.

- Abrir “Mapa de Cuidados” e realizar os registos das intervenções selecionadas.



ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

• 290 – PROPORÇÃO DE UTENTES COM MELHORIA "DEPENDÊNCIA AUTOCUIDADOS"

Objetivo: Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na melhoria do nível de "dependência no autocuidado" nos utentes integrados na ECCI.

Resultado: Utesntes integrados na ECCI com melhoria do nível de "dependência no autocuidado".

Scĺnico: Foco de atenção – Autocuidado. Intervenção de enfermagem - Avaliar autocuidado (Monitorizar a dependência através da Escala de Barthel).

Para efetuar registo da avaliação da dependência nos autocuidados no Scĺnico CSP:

- o Abrir "Processo Enfermagem".



- o Selecionar nas "Intervenções de Diagnóstico" a intervenção "Avaliar autocuidado", realizar ativação do "Foco de atenção e diagnóstico" e ativar as intervenções adequadas sugeridas face ao foco, nomeadamente: "Avaliar autocuidado" (Monitoriza a dependência através da Escala de Barthel).

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAUDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar adesão  vacinação
- Avaliar aspiração
- Avaliar auto cuidado**
- Avaliar auto cuidado: uso do sanitário
- Avaliar auto cuidado: vestuário
- Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para alimentar através
- Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar atr
- Avaliar compromisso no alimentar-se
- Avaliar compromisso no arranjar-se
- Avaliar compromisso no auto cuidado: uso do sanitário
- Avaliar compromisso no auto cuidado: vestuário
- Avaliar compromisso no levantar-se
- Avaliar compromisso no posicionar-se
- Avaliar compromisso no transferir-se
- Avaliar confusão
- Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tratar do coto U
- Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para tratar do c
- Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia
- Avaliar conhecimento sobre dor
- Avaliar conhecimento sobre ferida
- Avaliar conhecimento sobre ferida neoplásica

Última Avaliação:
2021-09-24 12:43 [0]

Focos de Atenção e Diagnóstico Início: 04-03-2009 Fim: 30-09-2021 Todos Ativos Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
AUTO CUIDADO	Auto cuidado dependente, em grau elevado		28-06-2021 15:05	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: Resp. Termo: Termo

Especificações

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO Todas Ativas Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
Assistir no posicionar-se			Todos os contactos	30-09-2021 15:43	
Assistir no sentar-se			Todos os contactos	30-09-2021 15:43	
Assistir no transferir-se			Todos os contactos	30-09-2021 15:43	
Assistir no uso do sanitário			Todos os contactos	30-09-2021 15:43	
Avaliar auto cuidado			Todos os contactos	28-06-2021 15:05	
Dar banho			Todos os contactos		
Lavar a boca			Todos os contactos		

Resp. Início: Resp. Termo: Tratamento Feridas Normas Termo

Início: Termo: Especificações

- o Abrir "Mapa de Cuidados" e realizar os registos das intervenções selecionadas.



ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 7 DE 10

• 291 - PROPORÇÃO UTENTES INTEGRADOS ECCI COM INTERNAMENTO HOSPITALAR

Objetivo: Monitorizar a capacidade da ECCI para prevenir internamentos hospitalares.

Resultado: Exprime a proporção de utentes [integrados na ECCI] no ano, com "alta por internamento hospitalar" ou "suspensão de vaga por internamento hospitalar".

- Abrir o módulo “Equipas”.



- No momento da alta do utente da Equipa ECCI, quando se dá termo da admissão coloca-se o motivo da alta. Nestas situações, é colocado "alta por internamento hospitalar" ou "suspensão de vaga por internamento hospitalar".

Utente a admitir: + Utentes em Espera

Equipa	Designação
1	ECCI

Processo	Nome	Idade	Início	Termo
Contagem total de utentes: 149				

Profissional	Especialidade	Resp. Adm.
	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/>
	SERVIÇO SOCIAL	<input checked="" type="checkbox"/>
	NUTRIÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>
	MEDICINA GERAL E FAMILIAR	<input checked="" type="checkbox"/>

ESTADOS DO UTENTE	Estado	Motivo	Data	Resp.
ADMISSÃO	CUIDADOS DE REABILITAÇÃO CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
TERMO ADMISSÃO	ATINGIDOS OS OBJETIVOS			

Observações: [CUIDADOS DE REABILITAÇÃO]
 [CUIDADOS DE ENFERMAGEM]

Para efeito de cálculo deste indicador, são consideradas as "altas" e as "suspensões de vaga" qualificadas no sistema de informação como "internamento hospitalar".

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

• **292 - TAXA DE OCUPAÇÃO DA ECCI**

Objetivo: Monitorizar a acessibilidade e a eficiência da equipa.

Resultado: Exprime a taxa de ocupação da ECCI. Somatório de dias de integração dos utentes na ECCI durante o período em análise/ Produto entre o número de vagas e o número de dias no período em análise.

• **293 - TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM ECCI**

Objetivo: Monitorizar a duração da permanência na ECCI.

Resultado: Exprime o tempo médio de permanência na ECCI, em dias.

• **377 - PROPORÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE "ÚLCERA DE PRESSÃO" COM MELHORIA DO SCORE DE AVALIAÇÃO**

Objetivo: Avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem na melhoria de úlcera de pressão.

Resultado: Úlceras de pressão com melhoria do respetivo score de avaliação, em utentes integrados na ECCI.

Scínico: Foco de atenção - Úlcera de pressão. Intervenção de enfermagem - Avaliar UP.

Observação: Com pelo menos duas avaliações de UP, realizadas no mesmo período de integração na ECCI.

Para efetuar a avaliação das UP no SClínico CSP:

- Abrir "Mapa de Cuidados" e realizar o registo da intervenção "Avaliar UP".



ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

PÁGINA 9 DE 10



BIBLIOGRAFIA

Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/ACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2013, dezembro 31). *Centros de Saúde recebem SClínico no início de janeiro*. <http://www.spms.min-saude.pt/2013/12/centros-de-saude-recebem-sclinico-no-inicio-de-janeiro/>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde [SNS], Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2020, julho). *SClínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>

HISTÓRICO DO DOCUMENTO

ELABORADO POR:

REVISTO POR:

APROVADO POR:

PRÓXIMA REVISÃO:

DATA DE APROVAÇÃO:

Apêndice III

Plano da Sessão “Olá, Solidão”

TEMA: “Olá, Solidão”.

LOCAL: *Online, via zoom.*

DATA: 06/09/2021

HORA: 15h.

DURAÇÃO: 40 min.

OBJECTIVO GERAL: Promover discussão sobre o tema da solidão.

POPULAÇÃO ALVO: Idosos participantes do grupo *Anos de Vida Q(ualidade)*.

DINAMIZADOR: Marcela Simões – estudante dos Cursos de Mestrado e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIA		AVALIAÇÃO
		MÉTODO(S)	RECURSOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer uma banda e música portuguesa atuais • Estimulação cognitiva, da concentração e da atenção • Alertar para a problemática na sociedade 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Banda musical “Os Quatro e Meia” ✓ Letra da Música “Olá, Solidão” ✓ Sentimentos que desperta ✓ Mensagem da música ✓ Discussão do tema 	<p><u>Expositivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - som da música “Olá, Solidão” - letra da música “Olá, Solidão” - videoclip da música “Olá, Solidão” <p><u>Interativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - discussão sobre a letra da música 	<p>Computador com acesso à Internet e com programa <i>Zoom</i> instalado, para o dinamizador e para cada participante.</p>	<p>Apreciação global dos participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recetividade; - Interesse; - Participação.

Apêndice IV

Folheto Informativo “Como prevenir a solidão nos idosos, durante a pandemia de COVID-19?”

4

Solicite AJUDA: família, amigos, grupos de apoio, profissionais de saúde!

Não está sozinho:

Um
Caminhar
Contínuo
Na
Melhoria do Cuidar

a equipa apoia-o!

- Programa de promoção do Envelhecimento Ativo: “ANOS DE VIDA Q(UALIDADE)”, com o desenvolvimento de sessões de atividade física adaptadas à situação de cada idoso e outras que visam a manutenção das capacidades cognitivas e psicossociais
- Projeto “DESSENDAR”, com intervenção no âmbito da saúde mental e psiquiátrica

Contactos da UCC Norton de Matos:

239794133 ou 239794125 ou
ucc.nortondematos@arscentro.min-saude.pt



Olá, solidão



Como prevenir a solidão nos idosos, durante a pandemia de COVID-19?

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)

Norton de Matos

Julho, 2021

Cuidar de mim

- Cuide de si e esteja atento às suas necessidades
- Faça uma alimentação saudável, respeitando horários
- Procure que o seu sono seja reparador
- Integre a atividade física no seu dia, caminhadas na natureza ou exercícios em casa através de vídeos
- Procure seguir as recomendações dos profissionais de saúde e esteja atento à sua saúde física e psicológica
- Não descure a aparência e mantenha as suas rotinas

Invista em si e nas suas potencialidades

- Vá para fora cá dentro: faça visitas virtuais a museus, exposições de arte e locais turísticos, disponíveis em vários *sites* na internet
- Aprenda algo novo: faça cursos *online* (por exemplo, de línguas, culinária, pintura), disponíveis em várias plataformas
- Se tiver oportunidade, adote um animal de estimação

- Limite o acesso a informação geradora de ansiedade e procure informação em fontes credíveis
- Pense no futuro pós-pandemia, nas atividades que pretende realizar

Juntos e mais fortes

- Combine reuniões ou atividades ao ar livre, com os seus familiares e amigos, por exemplo piqueniques, passeios na natureza, entre outros → cumprindo as orientações em relação à pandemia
- Utilize o telefone ou o computador para conversar com a família e amigos, através de videochamadas, mensagens escritas ou de áudio (se necessitar, peça ajuda para a sua utilização)
- Celebre datas importantes, através de canais de comunicação *online*: *zoom*, *teams*, *skype*...
- Partilhe o que sente com familiares e amigos, transmita as suas preocupações, dúvidas, estados de alma

Apêndice V

Artigo Jornal “*Importância do Enfermeiro na prevenção da solidão nos idosos durante a pandemia*”



Leitor, escreva-nos. Sugira ou reclame, nós somos o seu porta-voz. Damos também voz pública às minorias. As cartas para publicação na secção Fala o Leitor devem ser assinadas em conformidade com o bilhete de identidade/cartão do cidadão. Deve ser enviada a identificação completa do autor, morada e número de telefone. As cartas não deverão exceder uma página A4 e poderão ser resumidas pelo jornal sempre que o julgar conveniente. As cartas não serão devolvidas. **email: falaoleitor@diariocoimbra.pt**

Importância do Enfermeiro na prevenção da solidão nos idosos durante a pandemia

Senhor Director,

A doença COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, começou como uma epidemia no final de 2019 e, com a sua rápida propagação, foi declarada pandemia pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020. Causou impacto em toda a sociedade, sendo que as crises socioeconómicas, políticas e de saúde surgiram desde o início da pandemia. As medidas relacionadas com o distanciamento social foram implementadas para reduzir o contacto humano, por forma a evitar a propagação do vírus. No entanto, apesar destas regras reduzirem a taxa de novas infeções, existe alto risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental na população, bem como de solidão e isolamento social. Sendo Portugal um país envelhecido, este problema social e de saúde assume especial relevância ao nível da população idosa.

Os enfermeiros, principalmente os que intervêm ao nível dos cuidados de saúde primários, têm

uma posição privilegiada para identificar as necessidades da população idosa, perceber os fatores de risco para o isolamento social e para a solidão, e desenvolver estratégias para a prevenção desta problemática. Existem diversos fatores que podem levar ao isolamento social, tais como: os problemas de mobilidade, a perda de capacidade para conduzir, opções de transporte limitadas, habitar em meios rurais isolados, a reforma, o preconceito da idade, o aumento da fragilidade, e a falta de possibilidades económicas e de oportunidades de participação na comunidade. O enfermeiro procura adequar os cuidados às necessidades da pessoa idosa, promovendo ambientes capacitadores e potenciadores da autonomia do idoso, e fomentando o envelhecimento ativo e a qualidade de vida. Estar atento às manifestações da solidão por parte do idoso, promover abertura para a comunicação sobre este problema, e valorizar e promover estratégias de participação social

são aspetos fundamentais da sua intervenção.

Com o objetivo de prevenir a solidão e o isolamento social nos idosos, os enfermeiros têm o papel de os sensibilizar e auxiliar a cumprir determinadas orientações, como: utilizar as novas tecnologias; ter a companhia de animais de estimação; passar tempo com a família e/ou outras pessoas significativas, ainda que através de meios tecnológicos; planejar os dias, mantendo atividades a horários regulares; realizar atividades físicas e mentais, privilegiando a sua realização ao ar livre, de acordo com as regras de distanciamento social; gerir emoções e estar atento a possíveis sintomas psíquicos; conhecer os recursos da comunidade que possam ser úteis para o idoso (por exemplo ao nível de transporte, assistência temporária, apoio nas refeições, atividades sociais); e manter o pensamento positivo, fazer meditação e exercícios físicos e respiratórios.

Neste contexto, torna-se fundamental uma abordagem de desen-

volvimento comunitário por parte do enfermeiro, em que as intervenções são planeadas e implementadas em parceria com os utentes. Esta intervenção tem por base o respeito do idoso como um todo, a sua educação e o suporte emocional, com este profissional a mostrar-se disponível para escutá-lo, para compreender os seus sentimentos, para incentivar o autocuidado e para a promoção da manutenção de um estilo de vida saudável, não só durante o contexto pandémico mas, também, posteriormente.

Marcela Simões

Estudante dos cursos de Pós-licenciatura de Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viseu



Torna-se fundamental uma abordagem de desenvolvimento comunitário por parte do enfermeiro

NO DC HÁ...

10 anos

O presidente da Câmara de Poiares inaugurou Centro Educativo pago pelos munícipes e criticou a ideia de despesismo nas autarquias.

20 anos

Os produtores do Mercado D. Pedro V, em Coimbra, voltaram à reunião da Câmara para saber se estavam garantidas bancas de venda para todos e em que moldes iam funcionar as áreas que lhes eram destinadas.

30 anos

Coimbra ia ter um novo sistema de emergência que teria ambulâncias e viaturas equipadas com a mais moderna aparelhagem.

40 anos

O Conselho de Ministros iniciou o debate sobre a regionalização e aumentou o salário mínimo nacional.

50 anos

Foram proibidas as armas biológicas pela conferência do desarmamento em Genebra.

60 anos

Foi assaltada a Capela de Nossa Senhora de Fátima em Caldas de Felgueira.

70 anos

Foi inaugurado o novo quartel dos Bombeiros Voluntários de Caldas da Rainha.

80 anos

Moscovo voltou a ser bombardeada pela aviação alemã.

90 anos

Cerca de 1500 ex-soldados chineses atacaram e roubaram aldeias coreanas.

Devoção ao Imaculado Coração de Maria

Senhor Director,

No dia 13 julho de 1917 Nossa Senhora mostra a pavorosa visão do inferno aos pastorinhos de Fátima - "vistes o inferno para onde vão as almas dos pobres pecadores, para as salvar Deus quer estabelecer no mundo a devoção ao meu imaculado coração".

Mas em que consiste este remédio que Nossa Senhora nos dá, para que possamos salvar a nossa alma e não cairmos na condenação eterna? A devoção ao Imaculado coração de Maria consiste em con-

siderar Nossa Senhora como Rainha do Céu e da terra, Mãe de Deus e nossa Mãe. No dia 10 dezembro de 1925 em Pontevedra, a Santíssima Virgem revela a Lúcia a devoção dos cinco primeiros sábados com a intenção reparadora dos nossos pecados e dos pecados de toda a humanidade contra o Imaculado coração de Maria - "olha minha filha o meu coração cercado de espinhos que os homens ingratos a todos os momentos me cravam com blasfémias e ingratidões. Tu ao menos vê de me consular e

dize que todos aqueles que durante cinco meses, no primeiro sábado, confessarem se recebendo a Sagrada comunhão, Rezarem um terço e me fizerem 15 minutos de companhia, meditando nos 15 mistérios do Rosário, com o fim de me desagrar, Eu prometo assistir lhes na hora da morte com todas as graças necessárias para a salvação dessas almas".

Esta devoção é uma grandiosa confirmação do céu de uma antiga piedade Mariana. Foi com São Pio x que a devoção dos primeiros sá-

bados foi aprovada e encorajada pela Santa Sé. De realçar nesta Santa devoção a extrema importância da intenção reparadora, única capaz de afastar e apaziguar a cólera de Deus, além de que o homem tem de ter também intenção de mudar de vida e converter-se, fazendo sempre a vontade de Deus. Devemos pois durante a vida fazer esta devoção reparadora e propagá-la.

Fernando Cruz
Coimbra

Diário de Coimbra

Ano 91.º - N.º 31.145
Fundador: Adriano Viégas da Cunha Lucas (1883-1950)

Director "In Memoriam":
Adriano Mário da Cunha Lucas (1925 - 2011)
Director: Adriano Callé Lucas

Directores adjuntos
Miguel Callé Lucas
e João Luís Campos (Director-adjunto executivo, responsável por esta edição)

Directora geral
Teresa Veríssimo

Editora executiva
Manuela Ventura

Chefia de Redacção
Ana Margalho
e Manuel de Sousa

Redacção/Publicidade/Assinaturas
e Serviços Administrativos
Rua Adriano Lucas, n.º 161
3020-430 Coimbra

Número de registo na E.R.C.
100.069

TELEFONES

Publicidade:
910 963 076
Classificados:
910 731 588
Assinaturas e Agentes:
910 934 467
Redacção Coimbra:
910 538 866

E-MAIL:

redac@diariocoimbra.pt
assinantes@diariocoimbra.pt
publicidade@diariocoimbra.pt
classificados@diariocoimbra.pt
lojajournal@diariocoimbra.pt

CANTANHEDE

Pç. Marquês de Marialva,
2 - 1.º Sala L
3060-133 Cantanhede
Tels.: 231 428 828
Fax: 231 428 830
cantanhede@diariocoimbra.pt

AVEIRO

Av. Dr. Lourenço Peixinho,
15 - 1.º G
3800-801 Aveiro.
Redacção: 234 000 030;
Publicidade: 234 000 036;
Serviços Comerciais: 234 000 033;
Classificados: 234 000 031
Fax: 234 000 032

VEISEU

Rua Alexandre Herculano,
198 - 2.º Dt.
3500-033 Viseu.
Fax: 232 000 032
Tels.: 232 000 031 / 232 000 030

LEIRIA

Rua Anzébino da Cruz Saraiva, n.º 318
1.º G - 2415-371 Leiria
Geral/Redacção:
244 000 031
Geral/Comerciais:
244 000 030
Agentes/Assinantes:
244 000 038

LISBOA

Av. 24 de Julho, n.º 50. 1200-868
Lisboa - Tel. 21 3857584

DEPÓSITO LEGAL

N.º 464296/19

PRODUÇÃO Prodimpresa COMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO FIG Indústrias Gráficas, SA

R. Adriano Lucas, n.º 161.
3020-430 Coimbra
Tels.: 239 499 922 / 239 499 935
(239 499 936, após 18h30)
Fax: 239 499 981

Estatuto Editorial em:
http://www.diariocoimbra.pt

Editor e Proprietário

Diário de Coimbra, Lda
Rua da Sofia, 179, Coimbra,
matriculada na Cons. R. Com.
de Coimbra e NIF 500 005 605
Capital Social: 24.941,10 euros

DISTRIBUIÇÃO:

VASP - CTT - VASP PREMIUM

Incentivo à Leitura
Decreto Lei n.º 98/2007, alterado pelo
Decreto Lei n.º 22/2015
Manuel de Sousa (C.P. n.º 781),
José João Ribeiro (C.P. n.º 1199),
Carlos Sousa (C.P. n.º 5761).
Diário de Coimbra na Internet
http://www.diariocoimbra.pt
www.facebook.com/diariocoimbra
Tiragem controlada pela APCT

Apêndice VI

Palestra “Serviços de Apoio aos Idosos na Comunidade”

Envelhecimento saudável e ativo

Envelhecimento saudável: processo de desenvolvimento e preservação da capacidade funcional que propicia o bem-estar nesta fase da vida.

- **capacidade funcional:** aptidão de uma pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD) consideradas necessárias para manter a sua autonomia e independência;
- **bem-estar:** objetivo principal do envelhecimento saudável.

Envelhecimento ativo: processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação social e a segurança para todos, tendo em vista a melhoria da Qualidade de Vida (QV) à medida que envelhecem.

Ativo relaciona-se com a participação no contexto social, cultural, económico, espiritual e cívico

- **Componentes QDV no idoso:** bem-estar financeiro, saúde e suporte e integração sociais.


2008, 2011, Espirito, 2010; Kato, 2008; Kwanza et al., 2017; SOG, 2011

Envelhecimento saudável e ativo

Envelhecimento saudável e ativo ► promoção da autonomia e do bem-estar, baseado em comportamentos de saúde, no envolvimento social e na promoção de transições bem-sucedidas ao longo da vida.

No que se relaciona com os domínios do envelhecimento ativo, na **população idosa portuguesa:**

- ❑ 68% das mulheres e 76% dos homens manifestam satisfação com a vida;
- ❑ 38% consideram ter mau estado de saúde;
- ❑ 19% fazem exercício físico todas as semanas;
- ❑ 8% frequentam um clube ou associação semanalmente;
- ❑ 30% usam a internet pelo menos uma vez por semana;
- ❑ 22% cuidam dos netos várias vezes por semana;
- ❑ 5% fazem voluntariado social todos os meses.



2010, 2011

Envelhecimento saudável e ativo

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025

- prevenção e gestão de doenças crónicas;
- ↓ das capacidades físicas e mentais da pessoa idosa;
- reorientação do sistema de saúde para o atendimento das necessidades da pessoa idosa;
- combate ao preconceito etário no acesso e utilização dos serviços;
- promoção da sensibilização da importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações;
- promoção da mudança de atitudes em relação ao envelhecimento;
- contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a QDV das pessoas idosas.

2018, 2019

Envelhecimento saudável e ativo

Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025

Objetivos específicos:

- promoção do acesso aos serviços de saúde, da educação e formação ao longo da vida;
- incentivo ao desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas;
- incentivo ao desenvolvimento da integração e participação das pessoas idosas, e redução das barreiras;
- desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e a segurança do idoso.

2018, 2019

Envelhecimento saudável e ativo

Discriminação relativamente à idade ► representações, atitudes e construções sociais que associam envelhecimento, incapacidade e dependência.

Afetam ↓
autoestima e identidade das pessoas idosas

Resulta ↓
em **desvantagens** a vários níveis que dificultam o envelhecimento ativo e saudável

- falta de condições e de técnicos nas residências para idosos;
- reduzida cobertura de apoio domiciliário.

Reconhecimento das contribuições dos idosos para a sociedade: capacidade potencial de trabalhar, educação, experiência profissional e de vida, orientação dos jovens.

2008, 2011; Rosen et al., 2010

Problemas de Saúde dos Idosos

Doença isquémica cardíaca
AVC
Diabetes

doenças que mais contribuem para a perda de saúde em pessoas com 50 ou mais anos

Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
Câncer do pulmão
Doença Renal Crónica
Perda auditiva relacionada com a idade

10 primeiras causas de anos de vida saudável perdidos em ambos os grupos etários: 50-74 anos e 75 anos

Doença de Alzheimer e outras demências
Infecções respiratórias
Quedas

10 primeiras causas de anos de vida saudável perdidos para pessoas com 75 ou mais anos

2014, 2015, 2016

Serviços de Apoio aos Idosos

Segurança social – existem 7 tipos de respostas:

- ❖ Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)
 - ❖ Centro de convívio
 - ❖ Centro de Dia (CD)
 - ❖ Centro de noite
 - ❖ Acolhimento familiar
 - ❖ Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)
 - ❖ Centro de férias e lazer
-
- ❖ Hospital
 - ❖ Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
 - ❖ Centro de Saúde: **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)**
 - Programa "Anos de Vida Q(ualidade)"
 - Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)



SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)

Resposta social que consiste na **prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio** a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou AVD.

Cuidados e serviços

- Todos os dias da semana (e, sempre que necessário, aos fins de semana e feriados);
- Prestação de serviços: **cuidados de higiene e conforto pessoal, higiene habitacional**, fornecimento e apoio nas **refeições, tratamento de roupas, atividades de animação e socialização** (animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços, deslocação a entidades da comunidade);
- **Acompanhamento** ao exterior; acompanhamento a consultas médicas.

Pode, ainda, assegurar: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais para a prestação de cuidados aos utentes, apoio psicossocial, transporte e cuidados de imagem.

CENTRO DE CONVÍVIO

Resposta social de apoio a **atividades sociais, recreativas e culturais**, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

CENTRO DE NOITE

Resposta social que funciona em **equipamento de acolhimento noturno**, dirigido a **pessoas idosas** com autonomia que, durante o dia permanecem no seu domicílio e que por viverem situações de solidão, isolamento e insegurança, **necessitam de acompanhamento durante a noite**.

CENTRO DE DIA

Resposta social que presta um conjunto de serviços (atendimento às necessidades básicas e promoção de relações interpessoais dentro e fora do seu grupo etário) que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo CD.

Serviços

- Transporte
- Refeições
- Higiene pessoal e habitacional, Tratamento de roupas
- Acompanhamento a consultas
- Animação/socialização
- De saúde (avaliação da tensão arterial, controlo glicémia, administração medicação, apoio psicológico)

ACOLHIMENTO FAMILIAR

Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

CENTRO DE FÉRIAS E LAZER

Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

ERPI

Resposta social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Serviços

- Alojamento
- Alimentação
- Higiene pessoal
- Tratamento de roupa
- Cuidados de enfermagem, acompanhamento social e psicológico, médico
- Atividades socioculturais
- Assistência religiosa

HOSPITAL

- ❑ Estabelecimento destinado ao diagnóstico e ao tratamento de doentes, onde se pratica também a investigação e o ensino.
- ❑ Podem ser gerais, psiquiátricos, geriátricos e materno-infantis (as maternidades e hospitais pediátricos), entre outras especialidades.
- ❑ Ainda podem existir hospitais que agreguem várias tipologias.

RNCCI

Os **cuidados continuados integrados** são: o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

(Plano de Saúde 2013-2015, p.302)

CENTRO DE SAÚDE

Unidade básica do SNS para **atendimento e prestação de cuidados de saúde à população**. 1ª ajuda ao nível dos cuidados.

Pode ser constituído por **várias tipologias de unidades funcionais** (diferentes equipas de trabalho).

Serviços

- Consulta de clínica geral/medicina familiar;
- Serviço de saúde pública;
- Consulta e cuidados de enfermagem;
- Serviço social;
- Vacinas;
- Consultas e apoio domiciliários;
- Consultas de Nutrição, de Psicologia e/ou Saúde Mental;
- Atendimento de situações de urgência.



UCC Norton de Matos

Desenvolvem a sua atividade com base numa perspetiva **comunitária** (intervenção na comunidade), e numa perspetiva **domiciliária** (intervenção dirigida ao indivíduo e família), ambas fundamentais para dar resposta às necessidades das comunidades.

Morada: Av. Mendes da Silva, 3030-193 Coimbra

Telefone: 239794133 ou 239794125

E-mail: ucc.nortondematos@arscentro.min-saude.pt

Site: <https://sites.google.com/site/uccnortondematos/home>

Facebook: <https://www.facebook.com/UCCNMatos/>



UCC Norton de Matos

- ❑ Unidade de saúde que exerce a sua atividade no CS Norton de Matos, sob coordenação da Sr.ª Enf.ª M.ª Clara Lopes.



- ❑ Desenvolve a sua atividade na área de influência assistencial que abrange as freguesias de Santo António dos Olivais, Ceira e Torres do Mondego; articula-se com outros profissionais e equipas.
- ❑ De acordo com o Registo Nacional de Utentes, a UCCNM abrange uma população de 23.909 utentes, sendo que cerca de 27% (6487) tem 65 ou mais anos.

Estimativa de Coimbra da Comunidade Norte de Matos, 2010. Plano de Saúde 2013-2015, p.302

UCC Norton de Matos

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Equipa multidisciplinar para a **prestação de serviços domiciliários aos utentes** em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Esta Equipa *assegura*:

- cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivo, paliativo, de tratamento, de reabilitação);
- apoio psicossocial e ocupacional, com envolvimento dos familiares e dos prestadores de cuidados;
- educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- apoio na satisfação das necessidades básicas e no desempenho das AVD;
- coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

(Plano de Saúde 2013-2015, p.302)

UCC Norton de Matos

EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A ECCI da UCCNM tem vaga para 10 utentes e é constituída por Enfermeiros Especialistas e uma técnica de Serviço Social, em parceria constante com médicos, assistentes técnicos, assistentes operacionais e nutricionista.




ARS CENTRO

UCC Norton de Matos

PROGRAMA "ANOS DE VIDA Q(UALIDADE)"

- Destinado à população inscrita no CSNM com mais de 65 anos.
- Decorre através de sessões teórico-práticas (2 vezes/semana), com realização de atividades de estimulação física, cognitiva e/ou psicossocial adaptadas à situação de cada idoso.
- Atualmente *online* devido à pandemia por COVID-19, embora se preveja em breve a retoma das sessões presencialmente no CS como era habitual.

Missão: contribuir para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida
Objetivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência e com qualidade




UCC Norton de Matos

PROGRAMA "ANOS DE VIDA Q(UALIDADE)"

Intervenção:

- Estimulação cognitiva
- Eventos na comunidade / com entidades parceiras
- Prevenção de quedas / acidentes domésticos
- Terapia através da música
- Avaliação nutricional
- Intercâmbio inter e intrageracional
- Terapia do riso
- Educação para a saúde
- Atividade física



UCC Norton de Matos

PROGRAMA "ANOS DE VIDA Q(UALIDADE)"



UCC Norton de Matos

Projeto de Intervenção Comunitária "Olá, Solidão"

Objetivos:

- prevenção da solidão dos idosos, em contexto de pandemia;
- identificar estratégias que previnam a solidão e o isolamento social dos idosos;
- capacitar o idoso a cuidar de si próprio e a seguir indicações, por forma a se manter ativo e saudável;
- alertar toda a população para a problemática;
- realçar o papel do enfermeiro no âmbito da prevenção da solidão nos idosos.

Olá, solidão



Como prevenir a solidão nos idosos, durante a pandemia de COVID-19?

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)
 Norton de Matos
 Julho, 2021

Cuidar de mim

- Cuide de si e esteja atento às suas necessidades
- Faça uma alimentação saudável, respeitando horários
- Procure que o seu sono seja reparador
- Integre a atividade física no seu dia, caminhadas na natureza ou exercícios em casa através de vídeos
- Procure seguir as recomendações dos profissionais de saúde e esteja atento à sua saúde física e psicológica
- Não descure a aparência e mantenha as suas rotinas


Invista em si e nas suas potencialidades

- Vá para fora de casa: faça visitas virtuais a museus, exposições de arte e locais turísticos, disponíveis em vários sites na internet
- Aprenda algo novo: faça cursos online (por exemplo, de línguas, culinária, pintura), disponíveis em várias plataformas
- Se tiver oportunidade, adote um animal de estimação

UCC Norton de Matos

Projeto de Intervenção Comunitária "Olá, Solidão"

- Artigo de jornal: "Importância do Enfermeiro na prevenção da solidão nos idosos durante a pandemia"



- Oportunidades de contacto com idosos e famílias, no âmbito dos cuidados prestados à comunidade, para detetar situações de solidão/isolamento que necessitem de intervenção

Apêndice VII

Artigos de texto integral excluídos da Scoping Review (n=18)

Base de Dados	Título	Motivo de exclusão		
		Participantes	Conceito	Contexto
PubMed	<i>Older People Facing the Crisis of COVID-19: Between Fragility and Resilience.</i>		x	
	<i>Association between mental health trajectories and somatic symptoms following a second lockdown in Israel: a longitudinal study.</i>	x		
	<i>Coping strategies and mental health during COVID-19 lockdown.</i>	x		
	<i>The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants.</i>	x		
	<i>Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity.</i>	x		
	<i>Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak. A cross-country comparative study.</i>	x		
	<i>COVID-19 Isolation in Healthy Population in Israel: Challenges in Daily Life, Mental Health, Resilience, and Quality of Life.</i>		x	
	<i>Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young-old and the old-old adults.</i>		x	
	<i>Mental health and health behaviours before and during the initial phase of the COVID-19 lockdown: longitudinal analyses of the UK Household Longitudinal Study.</i>	x		
	<i>Public Concerns and Mental Health Changes Related to the COVID-19 Pandemic Lockdown in Saudi Arabia.</i>	x		
	<i>COVID-19-Related Loneliness and Psychiatric Symptoms Among Older Adults: The Buffering Role of Subjective Age.</i>		x	
<i>COVID-19 and mental health among older people in Sweden.</i>			x	

CINAHL Complete	<i>COVID-19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain.</i>		x	
	<i>Betrayal of Trust? The Impact of the COVID-19 Global Pandemic on Older Persons.</i>		x	
	<i>Prejudice of enforced lockdown and its impact on the older person.</i>		x	
	<i>COVID-19 will severely impact older people's lives, and in many more ways than you think!</i>		x	
	<i>Effect of lockdown on mental health during the COVID-19 pandemic among individuals attending services at a tertiary care center.</i>	x		
	<i>COVID-19's impact on the mental health of older adults: Increase in isolation, depression, and suicide risk. An urgent call for action.</i>		x	

Apêndice VIII
Artigos incluídos na Scoping Review (n=29)

Autores / Ano	Base de Dados	Título
(McArthur et al., 2021)	CINAHL Complete	<i>Evaluating the Effect of COVID-19 Pandemic Lockdown on Long-Term Care Residents' Mental Health: A Data-Driven Approach in New Brunswick.</i>
(Adams et al., 2021)	CINAHL Complete	<i>Impact of COVID-19 'Stay Home, Stay Healthy' Orders on Function among Older Adults Participating in a Community-Based, Behavioral Intervention Study.</i>
(Sepúlveda-Loyola et al., 2020)	CINAHL Complete	<i>Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations.</i>
(Brown et al., 2021)	CINAHL Complete	<i>Life in lockdown: a telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥75 years).</i>
(Vrach & Tomar, 2020)	CINAHL Complete	<i>Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic.</i>
(Lekan et al., 2020)	CINAHL Complete	<i>Psychological Impact of COVID-19 in Older Adults and Nurses in Geriatric Care Settings.</i>
(Almeida et al., 2021)	CINAHL Complete	<i>Short-Term Impact of Social Distancing Measures During the COVID-19 Pandemic on Cognitive Function and Health Perception of Brazilian Older Adults: A Pre-Post Study.</i>
(Van der Roest et al., 2020)	CINAHL Complete	<i>The Impact of COVID-19 Measures on Well-Being of Older Long-Term Care Facility Residents in the Netherlands.</i>
(Stolz et al., 2021)	CINAHL Complete	<i>The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria.</i>
(Krendl & Perry, 2021)	CINAHL Complete	<i>The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being.</i>
(McKinlay et al., 2021)	PubMed	<i>A qualitative study about the mental health and wellbeing of older adults in the UK during the COVID-19 pandemic.</i>
(Pisula et al., 2021)	PubMed	<i>A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 1.</i>
(Baker & Clark, 2020)	PubMed	<i>Biopsychopharmacosocial approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults.</i>

(Baiyewu et al., 2020)	PubMed	<i>Burden of COVID-19 on mental health of older adults in a fragile healthcare system: the case of Nigeria: dealing with inequalities and inadequacies.</i>
(Jeste, 2020)	PubMed	<i>Coronavirus, social distancing, and global geriatric mental health crisis: opportunities for promoting wisdom and resilience amid a pandemic.</i>
(Webb, 2020)	PubMed	<i>COVID-19 lockdown: A perfect storm for older people's mental health.</i>
(Cosco et al., 2021)	PubMed	<i>COVID-19, Social Isolation, and Mental Health Among Older Adults: A DigitalCatch-22.</i>
(Buenaventura et al., 2020)	PubMed	<i>COVID-19 and mental health of older adults in the Philippines: a perspective from a developing country.</i>
(Bobes-Bascarán et al., 2020)	PubMed	<i>Early Psychological Correlates Associated With COVID-19 in A Spanish Older Adult Sample.</i>
(Flint et al., 2020)	PubMed	<i>Effect of COVID-19 on the mental health care of older people in Canada.</i>
(Cigiloglu et al., 2021)	PubMed	<i>How have older adults reacted to coronavirus disease 2019?</i>
(Wong et al., 2020)	PubMed	<i>Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care.</i>
(Khoury & Karam, 2020)	PubMed	<i>Impact of COVID-19 on mental healthcare of older adults: insights from Lebanon (Middle East).</i>
(Rolandi et al., 2020)	PubMed	<i>Loneliness and Social Engagement in Older Adults Based in Lombardy during the COVID-19 Lockdown: The Long-Term Effects of a Course on Social Networking Sites Use.</i>
(Hwang et al., 2020)	PubMed	<i>Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic.</i>
(Zhao et al., 2020)	PubMed	<i>Mental health crisis under COVID-19 pandemic in Hong Kong, China.</i>
(Röhr et al., 2020)	PubMed	<i>Mental wellbeing in the German old age population largely unaltered during COVID-19 lockdown: results of a representative survey.</i>
(Brennan et al., 2020)	PubMed	<i>Social work, mental health, older people and COVID-19.</i>
(Murayama et al., 2021)	PubMed	<i>Increase in Social Isolation during the COVID-19 Pandemic and Its Association with Mental Health: Findings from the JACSIS 2020 Study.</i>