**INTRODUÇÃO**

A Avaliação Geriátrica Global (AGG) surge como elemento de avaliação no âmbito do Ensino Clínico de Cuidados Primários/Diferenciados na área de Enfermagem de Saúde do Idoso e Geriatria, do 7º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer na Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) Casa do Juiz, em Bencanta, sob orientação pedagógica da professora Dina Costa e tutoria da enfermeira Maria João Oliveira.

Segundo o Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI), o processo normal de envelhecimento determina em todo o indivíduo, embora com intensidade variável, um défice físico, mental e funcional. Desta forma, o objetivo da AGG é conhecer com precisão o estado do idoso e os seus problemas, de forma a dar a resposta mais completa e adequada à sua situação e obter uma melhor qualidade de vida.

A utente foi selecionada com base na relação de empatia que se desenvolveu e no facto de esta se apresentar consciente e orientada, permitindo assim a aquisição fidedigna de dados.

Para a realização deste estudo o consentimento foi presumido e a pessoa em estudo será designada por A.M. ao longo deste documento, respeitando o Artigo 106º - Do dever de sigilo: 1 – O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (…) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. (Lei nº 156/2015)

Com este trabalho pretendo analisar a pessoa idosa selecionada, com base na avaliação multidisciplinar da mesma nos planos em que é deficitária – físico, mental, funcional e social, de forma a evidenciar um plano de cuidados e de atividades de enfermagem, organizadas sob a forma de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Assim, com a elaboração desta AGG, proponho-me a desenvolver competências comunicacionais, observacionais e relacionais, de forma a estabelecer relação de ajuda, bem como escuta ativa, e ainda ser capaz de analisar a situação clínica da pessoa selecionada, através da utilização de vários instrumentos cuidadosamente selecionados de forma a serem adequados à idosa em questão.

A elaboração deste trabalho teve como metodologias observação, entrevista, consulta do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), guia orientador do Ensino Clínico (EC), pesquisa, as cinco fases do processo de enfermagem, e a CIPE com a finalidade de identificar os focos prioritários, e a partir dos mesmos, propor e implementar intervenções de enfermagem com o fim de maximizar a independência da pessoa, atendendo sempre aos domínios de intervenção (conhecimento, capacidade e motivação). Efetuei também pesquisas bibliográficas com recurso a artigos científicos e de literatura.

O presente documento encontra-se estruturado começando pela introdução e está dividido em três partes, sendo a primeira a colheita de dados onde é apresentada a identificação pessoal, antecedentes de saúde pessoais e familiares, motivo da institucionalização. Na segunda parte será abordada a AGG, através da avaliação clínica, física, mental, funcional e social, com recurso a diversos instrumentos de avaliação geriátrica. Por último será apresentado uma sugestão do plano de cuidados, com um diagnóstico prioritário, respetivas intervenções de enfermagem e avaliação.

1. **COLHEITA DE DADOS**

Segundo Phaneuf (2001), a colheita de dados é: Um processo organizado e sistematizado de busca de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções suscetíveis de a ajudar. (p. 119)

* 1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

A Sra. A.M., do sexo feminino, raça caucasiana e nacionalidade portuguesa, nasceu na freguesia da Vacariça do município da Mealhada, a 25 de fevereiro de 1930, tendo atualmente 92 anos. Estudou até à 3ª classe e diz que gostaria de ter ido mais além, no entanto não foi possível porque teve de prestar apoio familiar em casa após o falecimento precoce de uma irmã mais velha [*sic*]. Trabalhou toda a vida na agricultura e na criação de animais para consumo próprio. É viúva, e o seu marido, que também estava na mesma instituição, faleceu há cerca de 6 meses. Do casamento resultou um filho, que é o seu maior apoio.

* 1. ANTECEDENTES DE SAÚDE PESSOAIS E FAMILIARES

A utente tem como antecedentes de saúde pessoais fibrilhação auricular permanente, insuficiência cardíaca e insuficiência venosa nos membros inferiores (MI). Em 2007 fez laqueação e *stripping* de veias varicosas nos MI e colocou uma prótese total da anca (PTA) esquerda, assim como uma prótese total do joelho (PTJ) direito. Em 2013 teve um acidente isquémico transitório (AIT) e em 2019 teve edema agudo do pulmão. Devido a estes antecedentes, cumpre a tabela terapêutica que se encontra no **APÊNDICE I**.

Refere que a sua mãe faleceu nova, por patologia cardíaca [*sic*]. Não se recorda dos problemas de saúde dos irmãos.

* 1. MOTIVO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

A Sra. A.M. conta que inicialmente foi com o marido para casa do filho para ter apoio uma vez que já não conseguiam fazer todas as atividades de vida diárias (AVD’s) sozinhos e ambos tinham passado por várias cirurgias recentemente. Sendo que o filho e a nora têm uma vida ativa, passado um ano decidiram que a melhor opção seria institucionalizar os idosos e por este motivo, a utente encontra-se na Casa do Juiz, desde junho de 2020.

1. **AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL**

Podemos definir a Avaliação Geriátrica Global como a “avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário - físico, mental, funcional, social - com o objetivo de estabelecer e coordenar planos de cuidados, serviços e intervenções, que respondam aos seus problemas, às suas necessidades e às suas incapacidades.” (Epstein citado por GERMI, s.d.)

* 1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

No momento da entrevista, dia 01 de outubro, foi realizada uma avaliação dos parâmetros vitais, em que a Sra. A.M. apresentava uma pressão arterial de 86/55 mmHg, hipotensa, uma frequência cardíaca de 63 batimentos por minuto (bpm) com pulso cheio e rítmico (normocárdica), frequência respiratória de 14 ciclos por minuto (eupneica), temperatura corporal de 36,2ºC (apirética) e saturação periférica de oxigénio a 95%. Foi aplicada a Escala Numérica da Dor (**ANEXO I**), por queixas de cefaleia que a utente caraterizou com dor 4. Relativamente à hipotensão, poderá ser um efeito secundário da medicação, mais especificamente do rivaroxabano e por este motivo é necessária uma maior vigilância devido ao risco de queda.

A Sra. A.M. tem uma ferida traumática no terço inferior do membro inferior direito, desde agosto de 2022, com cerca de 0,5 cm, bordos definidos, maioritariamente tecido de epitelização (80%) e um pouco de tecido de granulação (20%). O tratamento à ferida é realizado dia sim dia não, é utilizado para limpeza soro fisiológico 0,9% e o penso é realizado com flaminal hydro, compressas e adesivo. A ferida tem tido uma boa evolução, com diminuição da área lesada, aumento do tecido de epitelização e sem quaisquer sinais inflamatórios.

No que diz respeito à perceção do seu estado de saúde tem consciência das suas limitações e refere que o mesmo seria razoável se não fosse a dificuldade em movimentar-se.

A sua tabela terapêutica pode ser consultada no **APÊNDICE I**. Ao analisar a mesma detetei possíveis interações medicamentosas, nomeadamente com a administração concomitante de digoxina e atorvastatina, que pode fazer com que os níveis séricos de digoxina fiquem mais elevados, aumentando o risco de toxicidade. Além disso, poderá existir interação entre a administração concomitante de digoxina e furosemida, uma vez que o aumento da excreção urinária de potássio e magnésio causado pelos diuréticos afeta a ação muscular cardíaca. O mesmo acontece com a administração de digoxina e metolazona. No entanto, para minimizar esta interação pode ser utilizado um diurético poupador de potássio, que é o caso da espironalactona que faz parte da tabela terapêutica. Ainda, a administração concomitante de furosemida e metolazona pode resultar em diurese profunda e consequentemente graves desequilíbrio eletrolítico. Analisando a tabela segundo o critério de Beers da Sociedade Americana de Geriatria (2019), a digoxina não deve ser administrada em idosos como primeira linha do tratamento da fibrilhação arterial, uma vez que existem alternativas mais seguras e eficazes. Da mesma forma, a administração de rivaroxabano deve ser ponderada, uma vez que aumenta o risco de hemorragias, principalmente gastrointestinal, comparativamente com a varfarina que parece ser uma alternativa mais segura. Posto isto, considero que seria importante encaminhar a utente para fazer uma revisão do regime terapêutico.

Deste modo, as Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) comprometidas são: NHF evitar perigos e NHF estar limpo e proteger os tegumentos.

* 1. AVALIAÇÃO FÍSICA
		1. Marcha e equilíbrio

O risco e a prevalência de queda aumentam com a idade: no grupo etário dos 65 anos, um terço cai, pelo menos uma vez por ano; acima dos 85 anos esta percentagem aumenta para 50%. A identificação dos idosos que têm alto risco de queda é o primeiro passo para ajudar os profissionais a definir intervenções para prevenir as quedas e as lesões associadas a estas. (Baixinho, Bernardes & Henriques, 2020)

No que diz respeito às caraterísticas da marcha, a Sra. A.M. dá passos curtos, sem levantar totalmente os pés do chão o que faz com que seja uma marcha instável. Embora a utente dependa do andarilho para se movimentar, pois sem ele perde o equilíbrio, consegue caminhar autonomamente e sem necessidade de supervisão, o que faz com que seja pertinente a avaliação do risco de queda. Além disso, a Sra. A.M. é polimedicada, o que constitui um fator de risco.

Ao aplicar o Índice de Tinetti (**ANEXO II**), a pontuação obtida no equilíbrio estático foi de sete pontos; no equilíbrio dinâmico foi de três pontos, perfazendo um total de dez pontos, o que indica um elevado risco de queda. Apesar deste resultado, a utente refere apenas ter tido uma queda há muitos anos quando ainda andava de bicicleta, o que antecedeu a colocação da PTA e PTJ.

Durante a realização do mesmo a utente utilizou o seu auxiliar de marcha habitual, o andarilho. Por este motivo, não foi considerada a utilização do teste “Timed Up and Go” uma vez que exigia que não fosse utilizado qualquer meio auxiliar de marcha.

Desta forma, considero que a NHF evitar perigos se encontra comprometida, o que requer maior atenção por parte da equipa multidisciplinar de forma a prevenir a queda.

Apesar da Sra. A.M. ter capacidade de se deslocar até à casa de banho com o seu auxiliar de marcha, o que acontece muitas vezes é que acaba por pedir acompanhamento, por ter medo de cair. Assim, a NHF de mover-se e manter uma boa postura, encontra-se comprometida.

* + 1. Estado nutricional

O envelhecimento traz consigo diversas modificações fisiológicas que constituem fatores capazes de interferir no estado nutricional de idosos, por isso a importância da nutrição adequada para os mesmos. (Schuler & Vieira, 2020)

De forma a avaliar a capacidade física, é igualmente importante analisar o estado nutricional. No dia da entrevista, os parâmetros peso e altura foram avaliados e a Sra. A.M. pesava 68 quilogramas (Kg) e tinha 1,45 m, o que corresponde a um Índice de Massa Corporal (IMC) de 32,3 kg/m2 (**ANEXO III**) o que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica obesidade grau I. Tendo em conta que com o envelhecimento ocorrem mudanças na composição corporal bem como um declínio progressivo da estatura é essencial adequar os pontos de corte do IMC e ainda assim, segundo Lipschitz citado por Cervi (2005), a utente encontra-se com sobrepeso.

A Sra. A.M. faz 5 refeições diárias e ingere a totalidade das mesmas, não referindo nenhuma preferência alimentar específica nem nenhuma alergia. A utente consome cerca de 1 litro de água por dia e tem conhecimento que devia aumentar este consumo, no entanto, não o faz para não se deslocar com tanta frequência à casa de banho porque se cansa com facilidade. Não possui dificuldade na mastigação nem deglutição dos alimentos e utiliza prótese dentária que se encontra funcional.

De forma a obter uma análise mais completa, foi aplicado o instrumento *Mini Nutritional Assessment* (**ANEXO IV**), onde a Sra A.M. teve um total de 22 pontos, que indica que está sob risco de desnutrição (*Nestlé Nutritional Institute*). Este resultado indica que, apesar de se encontrar com sobrepeso, a utente não se alimenta da forma correta e alguns hábitos devem ser alterados, principalmente a ingesta hídrica. Portanto, a NHF de comer e beber encontra-se comprometida.

* 1. AVALIAÇÃO MENTAL
		1. Função cognitiva

A cognição intacta é vital para que haja uma comunicação eficaz, incluindo o processamento e a integração de informações sensoriais e a resposta adequada aos outros. As habilidades cognitivas geralmente diminuem com a idade, deste modo é imperativo entender que tipo de alterações na cognição são esperadas como parte do envelhecimento normal e que tipo de alterações podem sugerir o início de uma doença cerebral. (Murman, 2015)

A Sra. A.M. é consciente e orientada no espaço, mas desorientada no tempo, pois não sabe em que ano, mês ou dia estamos. Durante a entrevista foi percetível uma alteração na memória a curto prazo, uma vez que não teve capacidade de memorizar uma frase e repeti-la após curto espaço de tempo.

Neste sentido, para a avaliação cognitiva da utente foi aplicada a escala *Six Item Cognitive Impairment Test* (6CIT) (**ANEXO V**), na qual foi obtida uma pontuação total de 17 pontos, o que indica deterioração cognitiva.

De forma a obter uma avaliação simultaneamente mais completa e exigente das funções cognitivas, foi aplicado também o teste *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (**ANEXO** **VI**), sendo este um método que avalia oito domínios cognitivos. Uma vez que o declínio cognitivo ligeiro tem um elevado risco de evoluir para demência, este teste contribui para a identificação precoce da mesma (Freitas et al, 2010). A pontuação obtida neste teste foi de 7 pontos, o que confirma défice cognitivo ligeiro, tendo em conta o ponto de corte de 22 pontos, como referido por Freitas (2014). Neste sentido seria importante referenciar a utente para um diagnóstico diferencial, de forma a realizar uma avaliação neuropsicológica.

Assim, a NHF de aprender e NHF de evitar perigos encontram-se comprometidas.

* + 1. Função afetiva

Segundo Ratuchnei et al (2021), o aumento da prevalência de sintomas depressivos com o avançar da idade pode ser decorrente da conscientização que se está a chegar ao final da vida, bem como das limitações físicas e incapacidade desencadeadas pelo surgimento de doenças. Desta forma, é essencial dar maior atenção à saúde mental aos indivíduos que residem em instituições de longa permanência, além de promover ações para que haja diminuição do declínio cognitivo, melhoria da qualidade de vida e aumentar a autonomia desses idosos.

Assim, de forma a avaliar a existência ou não de um estado depressivo na Sra. A.M., foi aplicada a *Geriatric Depression Scale* com 10 itens (GDS-10). Aquando da entrevista a utente apresentou um *score* de 1 ponto (**ANEXO VII**), que indica a ausência de sintomatologia depressiva. Contudo, nos dias seguintes apercebi-me de que a senhora apresentava um fácies triste, recusa na participação de atividades de grupo, queixas de insónia inicial e terminal, cefaleias intensas e verbalização de sentimentos de vontade de morrer, “devia ir para o céu” [*sic*]. O significado que atribuo a esta alteração de humor é o facto da primeira avaliação ter sido imediatamente após uma saída da instituição para estar com a família e à medida que este dia foi ficando para trás o estado de humor da Sra. A.M. piorou. Outro significado que poderá ter será relacionado com a alteração sazonal, por termos entrado no outono. Segundo Fonte & Coutinho (2021), o Transtorno Afetivo Sazonal (TAS) é um transtorno depressivo recorrente que geralmente começa no outono/inverno e entra em remissão na primavera/verão, caraterizado por humor depressivo, falta de energia e perda da capacidade de sentir prazer ou interesse. Devido a estas alterações, optei por aplicar novamente a GDS-10, o que resultou num score de 3 pontos (**ANEXO VIII**), que indica sintomatologia depressiva. A Sra. A.M. é católica e refere passar os seus tempos livres no quarto a rezar, sendo esta uma estratégia de coping.

Após esta análise é possível concluir estão comprometidas as seguintes NHF: a NHF de dormir e repousar em consequência da insónia inicial e terminal; a NHF de evitar perigos, a NHF de recrear-se e divertir-se e a NHF de comunicar em consequência do humor depressivo.

* 1. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Segundo Santos, Franco & Reis (2020), a capacidade funcional pode ser descrita como sendo o grau de preservação no desempenho de determinados gestos e atividades da vida diária, ou seja, o potencial que o idoso apresenta para decidir e atuar na sua vida de modo independente. Com o declínio desta capacidade, existe um aumento da dependência do indivíduo que por sua vez se traduz numa diminuição da qualidade de vida.

Para avaliação da capacidade funcional da Sra. A.M. foi aplicado o Índice de Barthel (**ANEXO IX**), que avalia o nível de independência do utente, tendo em conta dez atividades de vida básicas de vida diária. Através da aplicação deste instrumento a utente obteve uma pontuação total de 65. De acordo com Azeredo & Matos (como citado por Apóstolo, 2012, p. 13) este valor indica uma moderada dependência.

Foi possível identificar que a utente é independente no que diz respeito à alimentação, atividades rotineiras como pentear o cabelo, eliminação intestinal e mobilidade embora se desloque com andarilho. Necessita de ajuda no banho, a vestir-se e a utilizar a casa de banho, sendo dependente na satisfação da NHF estar limpo e proteger os tegumentos. Relativamente à eliminação urinária tem acidentes ocasionais e por este motivo utiliza cueca fralda, tendo assim a NHF de eliminar alterada. Por fim, é incapaz de subir escadas.

No envelhecimento fisiológico, observa-se perda funcional gradual e progressiva, que não provoca incapacidade, mas resulta em limitações ao idoso, caraterizando a síndrome da fragilidade, que contribui para o aumento do risco de quedas, hospitalização, incapacidades, institucionalização, dependência e morte. (Ramos et al, 2022)

Deste modo, o reconhecimento precoce dos idosos frágeis permite que se adaptem os cuidados de saúde, potencializando a sua autonomia, reduzindo complicações, preservando reservas funcionais e cognitivas e consequentemente, prevenir incapacidades, hospitalização e óbitos. Para avaliar o risco de fragilidade da Sra. A.M. foi aplicado o instrumento para rastreio da fragilidade e multimorbilidade *Sunfrail* (**ANEXO X**), no qual se obteve um score de 4 em 9 pontos, o que indica fragilidade. (Cardoso et al, 2021)

* 1. AVALIAÇÃO SOCIAL

O envelhecimento ocorre num contexto sociocultural em que, para o indivíduo, viver a velhice satisfatoriamente não depende apenas da sua competência face às demandas externas e ambientais, mas também da sua inserção na sociedade. Então, os indivíduos do ambiente familiar e comunitário são pessoas significativas, portanto, provedoras de suporte social, formando uma rede de apoio informal, direcionada à ajuda cotidiana, que gera bem-estar das pessoas envolvidas. (Sant’ Ana & D’Elboux, 2019)

A Sra. A.M. tem um discurso adequado e organizado e consegue exprimir necessidades, em alguns momentos tem dificuldade em encontrar as palavras corretas, mas consegue chegar à palavra com alguma ajuda. Ocupa os seus tempos livres a rezar, mas indica não ter nenhuma atividade de lazer, por falta de vontade. Recusa frequentemente participar em atividades de grupo e tem uma fraca interação social com os outros utentes. Com a equipa multidisciplinar tem uma boa comunicação e solicita apoio quando necessário, no entanto, é bastante apelativa com os estudantes, revelando uma grande necessidade de conversar. No que diz respeito à família, a utente refere ter bastante apoio por parte do filho e da nora, embora não tenha visitas muito frequentes, recebe chamadas da família diariamente e aguarda ansiosa que lhe liguem. A Sra. A.M. como recursos económicos conta com a pensão de viuvez e maioritariamente com o apoio do filho, neste sentido garante que não lhe falta nada.

De forma a avaliar a funcionalidade familiar foi aplicada a escala de APGAR Familiar (**ANEXO XI**), que resultou numa pontuação de 7, que indica uma família altamente funcional.

No que concerne às condições ambientais, a Casa do Juiz é um espaço muito amplo, o que faz com que seja preciso percorrer longas distâncias, principalmente até ao refeitório, o que faz com que os utentes não se desloquem lá para fazer os lanches da manhã e da tarde, acabando por ficar mais isolados. O pavimento é maioritariamente plano e nos corredores a iluminação é automática. Nas zonas de declives possui piso antiderrapante em apenas alguns locais. Todas as zonas são amplas e possuem largura suficiente para a passagem de cadeiras de rodas. Possui elevadores em pontos estratégicos, tanto à entrada da instituição como no acesso aos quartos e à zona de refeições. A maioria das camas são elétricas e têm grades de proteção. Existem campainhas em várias zonas além dos quartos, para que o utente possa chamar caso necessário, como nas casas de banho de acesso geral e nas salas de estar. Existem barras de apoio nos acessos de forma a permitir uma maior estabilidade e apoio, assim como ao lado da sanita e chuveiros. Neste momento, o lado exterior da entrada encontra-se em obras, não se adequando à passagem de idosos. A instituição é dotada de um grande jardim, bem cuidado e adaptado, que infelizmente não é utilizado pelos idosos. Concluo assim que a instituição possui condições para garantir a qualidade de vida dos idosos.

Foi aplicada à Sra. A.M. a Escala de Satisfação com o Suporte Social (**ANEXO XII**) na qual se obtiveram 48 pontos, sendo que a variação é de 15 a 75 pontos. (Ribeiro, 1999)

Posta esta análise, considero que a NHF de ocupar-se com vista a realizar-se se encontra comprometida.

1. **PLANO DE CUIDADOS**

Após a análise e interpretação dos dados obtidos, com recurso à CIPE (2015) foi possível identificar como diagnóstico prioritário “humor depressivo”. O raciocínio clínico que me levou a optar por este diagnóstico deve-se ao facto do humor depressivo ser a base de vários problemas secundários que a Sra. A.M. demonstrou ter, tais como a insónia, cefaleias e desinteresse nas atividades. Assim, trabalhando esse diagnóstico é provável que, como consequência, os problemas secundários melhorem ou deixem de existir. Além disso, as intervenções autónomas de enfermagem que realizei com a utente ao longo de todo o EC foram no sentido de melhorar o seu humor depressivo. Posto isto, é importante elaborar um Plano de Cuidados (PC) completo e personalizado, capaz de suprimir ou diminuir o problema antes mencionado. O PC surge como um facilitador da sistematização das ações e intervenções de Enfermagem, contribuindo não só na avaliação dos benefícios, mas também, na adaptação da pessoa aos cuidados (Phaneuf, 2001).

Tabela 1 - Plano de Cuidados da Sra. A.M.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data de início: 07/10/2022Data de fim: até melhoria significativa | Focos/ Diagnósticos de Enfermagem | Objetivo | Intervenções autónomas | Avaliação |
| Humor depressivo | Que a utente:* Apresente uma melhoria no estado do humor, o mais próximo possível do humor eutímico;
* Que demonstre interesse por aspetos da sua vida;
* Verbalize menos vezes sentimentos de tristeza e de desinteresse pela vida;
* Participe mais facilmente nas atividades de grupo;
 | * Avaliar sintomatologia depressiva; (aplicar GDS-10)
* Promover a comunicação efetiva de emoções. (todos os dias)
* Executar técnica de apoio emocional e escuta ativa. (todos os dias)
* Incentivar a participação em atividades de lazer e a comunicação com os pares. (todos os dias)
* Executar técnica de distração. (SOS)
* Explorar e promover estratégias de coping utilizadas. (SOS)
 | * 07/10: Aplicada a escala GDS-10 na qual se obteve um score de 3 pontos. Repetir avaliação dentro de um mês;
* Observar ausência de sintomas depressivos (fácies, verbalização de sentimentos de auto-desvalorização)
* Observar participação nas atividades de grupo.
 |

**CONCLUSÃO**

A elaboração deste trabalho proporcionou-me diversos momentos de aprendizagem, como o desenvolvimento de competências observacionais e comunicacionais, assim como o desenvolvimento de escuta ativa, no decorrer colheita de dados da pessoa em estudo. Foi assim evidenciada a necessidade de saber ser, de saber-estar e de saber fazer; desenvolvendo em mim a consciência da importância das relações intra e interpessoais, sendo esta interligação um dos alicerces da relação terapêutica indispensável à prática do cuidar na saúde do idoso.

No que concerne aos objetivos propostos inicialmente, considero que foram atingidos com sucesso dado que desenvolvi várias competências, como a comunicação e direção do discurso, competências clínicas, psicossociais, ético deontológicas e de desenvolvimento pessoal, tal como o pensamento crítico quer na avaliação da pessoa em estudo, quer na aplicação do processo de enfermagem, a colheita de dados, a capacidade de identificação de diagnósticos e elaboração de intervenções de enfermagem, com recurso a diferentes instrumentos da avaliação. Todos estes objetivos consideram- se importantes tanto para o meu futuro enquanto enfermeira, como para o meu percurso académico.

As dificuldades sentidas na realização deste trabalho prenderam-se com a pontuação dos instrumentos de avaliação geriátrica, bem como a sua interpretação, no entanto foram colmatadas através da pesquisa bibliográfica. Também senti alguma dificuldade em direcionar o discurso no momento da entrevista, já que a utente tinha a necessidade de partilhar as suas histórias. Superei essa dificuldade a sugerir outros momentos oportunos para esse efeito, o que ajudou também a criar uma relação de confiança.

Em suma, considero que este trabalho contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento, e para a consolidação prática de conhecimentos teóricos, tendo sido ainda vantajoso o contacto com esta área de enfermagem, na medida em que me permitiu compreender a importância e as especificidades da prestação de cuidados à pessoa idosa.