



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Relatório de Estágio

**Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com
idade igual ou superior a 90 anos e que vivem só
Situation diagnosis of elderly people aged 90 and
over living alone**

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Almada

2025



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
EGAS MONIZ

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE
PÚBLICA**

Relatório de Estágio

**Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com
idade igual ou superior a 90 anos e que vivem só
Situation diagnosis of elderly people aged 90 and
over living alone**

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Orientadora: Professora Doutora Sónia Fernandes

Almada

2025

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública



“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”. (Madre Teresa de Calcutá)

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas e ao meu marido
pela paciência e amor incondicional

AGRADECIMENTO

Esta jornada só foi possível graças ao apoio incondicional e à dedicação de várias pessoas a quem deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar minha profunda gratidão à Professora Sónia Fernandes, pela orientação constante e pelo apoio fundamental ao longo de todo o percurso. O seu voto de confiança nas minhas capacidades foi essencial para a realização deste trabalho, e a sua resiliência e dedicação, motivaram-me a ultrapassar os desafios ao longo do caminho.

Agradeço também às enfermeiras Daniela Santos e Helena Correia, pela dedicação e carinho com que me orientaram nesta etapa, partilhando os seus conhecimentos de forma generosa e oferecendo-me apoio e disponibilidade constantes.

Às equipas da Unidade de Saúde Pública e da Unidade de Cuidados na Comunidade, pelo acolhimento e pela colaboração ao longo do estágio, contribuindo para o desenvolvimento e sucesso deste projeto.

Aos idosos, que, com grande generosidade, acolheram o propósito deste projeto e o tornaram possível. A eles deixo o meu sincero reconhecimento.

Às minhas filhas, que serão sempre a minha maior fonte de inspiração.

A meu marido, que sempre me incentivou a continuar e nunca desistir.

O apoio e a energia de cada um foram essenciais para esta caminhada.

A todos, o meu muito obrigada!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter agido com integridade na composição do presente trabalho, e certifico não ter recorrido à prática de plágio, nem a qualquer forma de utilização imprópria de informações.

Mais afirmo que respeitei o Código de Conduta Ética, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

RESUMO

Este relatório de estágio descreve o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, centrado na consolidação das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como das competências de mestre. O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública e numa Unidade de Cuidados na Comunidade da Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, onde foi implementado um projeto de intervenção sustentado na Metodologia de Planeamento em Saúde e no referencial teórico de Dorothea Orem.

O projeto, intitulado “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”, surgiu como resposta a uma necessidade identificada pela equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Pública. Para tal, foi elaborado um instrumento de colheita de dados que permitiu avaliar as dimensões sociodemográfica, habitacional, condição de saúde e situação psicossocial das pessoas idosas. Após a priorização dos problemas identificados, definiu-se como objetivo principal a promoção da capacitação das pessoas idosas e seus cuidadores, com vista à adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução do risco de quedas no contexto comunitário.

As intervenções realizadas, delineadas com base em estratégias educativas de proximidade e envolvimento de parceiros da comunidade, permitiram alcançar os objetivos propostos e demonstraram ganhos em saúde, nomeadamente redução de fatores de risco de queda e aumento de conhecimentos sobre medidas de prevenção de quedas. O estágio revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento de competências avançadas nos domínios da gestão de cuidados, investigação, ética, tomada de decisão baseada na evidência científica e intervenção comunitária.

Este percurso evidencia a integração entre teoria e prática, no qual a mestranda demonstrou a capacidade de aplicar estratégias baseadas em evidências científicas, adaptando-as às particularidades da comunidade.

Palavras-chave: Diagnóstico de Situação; Pessoas Idosas; Quedas; Intervenção Comunitária

ABSTRACT

This internship report describes the training path developed within the scope of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing, focused on consolidating both the common and specific competencies of the specialist nurse, as well as the competencies of the master's degree. The internship took place at a Public Health Unit and a Community Care Unit of the Almada Seixal Local Health Unit, where an intervention project was implemented based on the Health Planning Methodology and the theoretical framework of Dorothea Orem.

The project, entitled " Situation diagnosis of elderly people aged 90 and over living alone", arose as a response to a need identified by the multiprofessional team of the Public Health Unit. To this end, a data collection instrument was developed that allowed the evaluation of the sociodemographic, housing, health condition and psychosocial situation dimensions of the elderly. After prioritizing the identified problems, the main objective was to promote the training of older people and their caregivers, with a view to adopting behaviors and strategies that contribute to reducing the risk of falls in the community context.

The interventions carried out, designed based on proximity educational strategies and the involvement of community partners, allowed the proposed objectives to be achieved and demonstrated health gains, namely the reduction of fall risk factors and increased knowledge about fall prevention measures. The internship proved to be an asset for the development of advanced skills in the fields of care management, research, ethics, evidence-based decision-making and community intervention.

This path highlights the integration between theory and practice, in which the master's student demonstrated the ability to apply strategies based on scientific evidence, adapting them to the particularities of the community.

Keywords: Situation Diagnosis; Elderly People, Falls, Community Intervention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	20
1. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	24
1.1 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA	24
1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	28
2. O PROJETO DE ESTÁGIO.....	32
2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	32
2.2 PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO .	39
2.2.1 Diagnóstico de situação	40
2.2.1.1 Seleção da população alvo e amostra	41
2.2.1.2 Método e Instrumento de colheita de dados	42
2.2.1.3 Considerações éticas	50
2.2.1.4. Tratamento de dados e resultados	50
2.2.1.4.1 Resultados: Dimensão Sociodemográfica.....	51
2.2.1.4.2 Resultados: Dimensão Habitacional	55
2.2.1.4.3 Resultados: Dimensão Condição de Saúde	56
2.2.1.4.4 Resultados: Dimensão Psicossocial	64
2.2.1.4.5 Resultados: Instrumentos complementares	66
2.2.2 Determinação de prioridades.....	68
2.2.3 Fixação de objetivos.....	73
2.2.4 Seleção de estratégias.....	77
2.2.5 Preparação operacional.....	85
2.2.5.1 Intervenções realizadas	89
2.2.6 Avaliação de Resultados	94

3. IMPLICAÇÕES DO ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	101
3.1 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	102
3.2 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	109
3.3 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	118
4. CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS.....	140
ANEXO I: Autorização projeto Coordenadora da USP.....	141
ANEXO II: Autorização projeto Enfermeira Gestora da USP	143
ANEXO III: Autorização projeto Coordenadora da UCC	145
ANEXO IV: Parecer da Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS Almada Seixal.....	147
ANEXO V: Certificado de participação no Encontro “Envelhecimento Protegido”	149
ANEXO VI: Certificado de Comunicação Livre no “12º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade de Seixal”	151
ANEXO VII: 2º prémio na Comunicação Livre realizada no “12º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade de Seixal”:	153
ANEXO VIII: Declaração participação na elaboração de Norma de Procedimento e Orientação de Intervenção MPox na USP	155
APÊNDICES	157
APÊNDICE I: Instrumento colheita de dados: Questionário	158
APÊNDICE II: Instrumentos complementares	174

APÊNDICE III: Consentimento Informado	178
APÊNDICE IV: Autorização de implementação do projeto à coordenadora da USP Almada Seixal.....	181
APÊNDICE V: Autorização de implementação do projeto à Enfermeira Gestora da USP Almada Seixal	183
APÊNDICE VI: Autorização de implementação do projeto à Enfermeira Coordenadora da UCC.....	185
APÊNDICE VII: Autorização de implementação do projeto à Presidente do Conselho de Administração da ULS Almada Seixal	187
APÊNDICE VIII: Autorização de implementação do projeto ao Presidente da Comissão de Ética da ULS Almada Seixal.....	189
APÊNDICE IX: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Sociodemográfica	191
APÊNDICE X: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Habitacional.....	199
APÊNDICE XI: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Condição de Saúde	202
APÊNDICE XII: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Psicossocial ...	217
APÊNDICE XIII: Tratamento de dados do questionário: Instrumentos complementares	221
APÊNDICE XIV: Apresentação inicial do projeto de intervenção às equipas da USP, UCC e USF	223
APÊNDICE XV: Apresentação do projeto de intervenção à instituição parceira (Câmara Municipal).....	227
APÊNDICE XVI: Apresentação sessão educação para a saúde	230
APÊNDICE XVII: Plano de sessão de educação para a saúde.....	237
APÊNDICE XVIII: Avaliação sessão de educação para a saúde	240
APÊNDICE XIX: Questionário avaliação conhecimento dos participantes	242
APÊNDICE XX: Manual de prevenção quedas na pessoa idosa	244

APÊNDICE XXI: Panfleto “Prevenir quedas na pessoa idosa”	257
APÊNDICE XXII: Apresentação final do projeto às equipas da USP, UCC E USF	259
APÊNDICE XXIII: Apresentação final do projeto à equipa multidisciplinar da USP	264
APÊNDICE XXIV: Protocolo de revisão scoping	269
APÊNDICE XXV: Cronograma de atividades	272
APÊNDICE XXVI: Grelha apoio à avaliação - preenchida	274
APÊNDICE XXVII: Plano de competências.....	276

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização da amostra pelo sexo	51
Quadro 2. Caracterização da amostra pela idade	51
Quadro 3. Escolaridade dos participantes	52
Quadro 4. Existência de filhos pelos participantes	52
Quadro 5. Duração período em que vive só.....	53
Quadro 6. Classificação da Escala da Dor	57
Quadro 7. Impacto da diminuição da acuidade visual nas AVD	57
Quadro 8. Impacto da diminuição da acuidade auditiva nas AVD.....	58
Quadro 9. Prevalência de quedas nos últimos 3 meses.....	58
Quadro 10. Situações associadas à toma da medicação.....	60
Quadro 11. Peso, altura e IMC dos participantes	62
Quadro 12. IMC dos participantes	63
Quadro 13. Grelha de Análise.....	71
Quadro 14. Falhas na toma da medicação em pessoas com médio/ alto risco de queda	72
Quadro 15. Prática de exercício físico por pessoas com médio ou alto risco de queda	72
Quadro 16. Objetivos e indicadores de resultado e atividade.....	74
Quadro 17. Indicadores de Resultado	95
Quadro 18. Indicadores de resultado	98
Quadro 19. Nacionalidade dos participantes	192
Quadro 20. Naturalidade dos participantes	192
Quadro 21. Estado Civil dos participantes.....	192
Quadro 22. Religião dos participantes	192
Quadro 23. Número de filhos dos participantes	193
Quadro 24. Com quem residiam anteriormente os participantes	193

Quadro 25. Situação profissional dos participantes	193
Quadro 26. Profissão dos participantes.....	193
Quadro 27. Situação financeira dos participantes	194
Quadro 28. Necessidade de ajuda financeira dos participantes	194
Quadro 29. Tipo de ajuda financeira dos participantes	194
Quadro 30. Relação entre a utilização telefone fixo e dificuldade na utilização do telefone fixo	194
Quadro 31. Relação entre a utilização de telemóvel e dificuldade na utilização do telemóvel.....	194
Quadro 32. Tipo de utilização do telemóvel pelos participantes	195
Quadro 33. Necessidade de pedir ajuda por emergência de saúde	195
Quadro 34. Existência de alguém de referência para pedido de ajuda por emergência	195
Quadro 35. Pessoa de referência para apoio em emergência de saúde	195
Quadro 36. Quem presta apoio regular aos participantes	195
Quadro 37. Tipo de apoio regular que usufrui	196
Quadro 38. Regularidade do apoio regular que usufrui	196
Quadro 39. Necessidade de pagamento do apoio regular que usufrui	196
Quadro 40. Realização de atividades de lazer	197
Quadro 41. Tipo de atividades de lazer que os participantes realizam	197
Quadro 42. Regularidade com que os participantes realizam as atividades de lazer	197
Quadro 43. Deslocação ao exterior pelos participantes	198
Quadro 44. Tipo de bens/serviços que os participantes usufruem no exterior	198
Quadro 45. Forma de deslocação dos participantes ao exterior	198
Quadro 46. Características da habitação (A1-A9)	200
Quadro 47. Características da habitação (A10-A20)	200
Quadro 48. Existência de animais de estimação	201

Quadro 49. Tipo de animal de estimação que os participantes possuem e quantidade	201
Quadro 50. Realização de vigilância veterinária	201
Quadro 51. Doenças existentes	203
Quadro 52. Presença de dor pelos participantes	203
Quadro 53. Localização da dor sentida pelos participantes	203
Quadro 54. Frequência da dor sentida pelos participantes	203
Quadro 55. Classificação da dor na Escala da Dor	204
Quadro 56. Acuidade visual dos participantes.....	204
Quadro 57. Condição da acuidade visual.....	204
Quadro 58. Impacto défice visual	204
Quadro 59. Acuidade auditiva dos participantes	205
Quadro 60. Impacto acuidade auditiva	205
Quadro 61. Consumo bebidas alcoólicas	205
Quadro 62. Quantidade de bebidas alcoólicas	205
Quadro 63. Duração de consumo de bebidas alcoólicas	205
Quadro 64. Tipo de bebida alcoólica que consome	206
Quadro 65. Consumo de tabaco pelos participantes	206
Quadro 66. Consumo de drogas pelos participantes	206
Quadro 67. Tipo de exercício físico praticado.....	206
Quadro 68. Frequência da prática de exercício físico	206
Quadro 69. Toma habitual de medicação pelos participantes	207
Quadro 70. Quem compra a medicação	207
Quadro 71. Quem prepara a medicação	207
Quadro 72. Quem confeciona as refeições	208
Quadro 73. Existência de dificuldade na ingestão de alimentos.....	208

Quadro 74. Tipo de dificuldade na ingestão de alimentos.....	209
Quadro 75. Utilização de prótese dentária.....	209
Quadro 76. Intervalo entre as refeições	209
Quadro 77. Toma de pequeno-almoço.....	209
Quadro 78. Ingestão de água.....	210
Quadro 79. Quantidade de ingestão de água.....	210
Quadro 80. Cuidados com o sal	210
Quadro 81. Consumo de alimentos de origem animal.....	210
Quadro 82. Frequência de consumo de carne e peixe.....	210
Quadro 83. Frequência de consumo de ovos	210
Quadro 84. Frequência de consumo de leite e derivados	211
Quadro 85. Frequência de consumo de frutas e legumes	211
Quadro 86. Frequência de consumo de leguminosas.....	211
Quadro 87. Frequência de consumo de arroz, massa ou batata	211
Quadro 88. Frequência de consumo de pão e cereais	211
Quadro 89. Consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes	212
Quadro 90. Frequência de consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes	212
Quadro 91. Consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas	212
Quadro 92. Frequência de consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas	212
Quadro 93. Frequência de consumo de gorduras saturadas	212
Quadro 94. Frequência consumo gorduras insaturadas	213
Quadro 95. Serviços de saúde a que recorre habitualmente o participante	213
Quadro 96. Situações pelas quais recorre habitualmente aos serviços de saúde	213
Quadro 97. Ocorrência de internamentos no último ano	214
Quadro 98. Número de internamentos no último ano.....	214
Quadro 99. Recurso ao serviço de urgência no último ano	214

Quadro 100. Número de episódios de urgência no último ano	214
Quadro 101. Autonomia na eliminação vesical	214
Quadro 102. Recursos de apoio na eliminação vesical	214
Quadro 103. Autonomia na eliminação intestinal	215
Quadro 104. Local onde os participantes dormem	215
Quadro 105. Horas de sono dos participantes.....	215
Quadro 106. Recurso à medicação para dormir	215
Quadro 107. Frequência da toma da medicação para dormir	215
Quadro 108. Frequência com os participantes tomam banho	216
Quadro 109. Frequência da higiene oral dos participantes	216
Quadro 110. Respostas à questão “Sente-se bem a viver só”	218
Quadro 111. Tentativa de mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)	218
Quadro 112. Forma de tentar mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só).....	218
Quadro 113. A quem recorreu para pedir ajuda (grupo que não se sentem bem a viver só).....	218
Quadro 114. Razão para não tentar mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)	218
Quadro 115. Outras causas para não mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só).....	219
Quadro 116. Respostas à questão “Sente-se capaz de viver só”	219
Quadro 117. Tentativa de mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só).....	219
Quadro 118. Forma de tentar mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)	219
Quadro 119. Razão para não tentar mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só).....	220

Quadro 120. Outras causas para não mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)	220
Quadro 121. Resultados do MiniCog Test aos participantes	222
Quadro 122. Resultados da Escala de Barthel avaliada aos participantes	222
Quadro 123. Cálculo da escala de Barthel	222

ÍNDICE DE FIGURAS:

Figura 1. Taxa de variação da população residente (2011- 2021) (%) por Local de residência à data dos Censos [2021]	26
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 1. Prática de exercício físico pelos participantes	59
Gráfico 2. Quem prepara a medicação.....	59
Gráfico 3. Respostas à questão: "Sente-se bem a viver só?"	65
Gráfico 4. Respostas à questão: "Sente-se capaz de viver só?"	66
Gráfico 5. Escala de Barthel	67
Gráfico 6. Escala de Braden	67
Gráfico 7. Escala de Morse.....	68
Gráfico 8. Número de medicamentos diferentes que o participante toma por dia...	207
Gráfico 9. Regularidade das falhas nas tomas de medicação	208
Gráfico 10. Número de refeições por dia.....	209

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVD - Atividades de Vida Diária

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

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

SClínico CSP – *SClínico Cuidados de Saúde Primários*

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de cuidados continuados integrados

EEESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ENEAS - Estratégia Nacional para Envelhecimento Ativo e Saudável

ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ULSAS – Unidade Local de Saúde Almada Seixal

USF – Unidade Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, inserida no 2º ano 1º Semestre do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM). Constitui o resultado de um percurso formativo, que integrou uma componente de prática clínica orientada para o desenvolvimento das competências definidas para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESSEM, 2024).

Este relatório de estágio tem como finalidade demonstrar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP), mas também das competências avançadas de segundo ciclo de estudos, de acordo com os Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2004), no sentido da obtenção de grau de mestre, à luz do Decreto-Lei n.º 65/2018 (Decreto-Lei nº65/2018, 2018).

O quadro legislativo português define orientações específicas para o percurso formativo dos enfermeiros especialistas, constituindo a base para o desenvolvimento das competências comuns e específicas. A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece um plano de estudos composto por uma componente teórica, teórico-prática e uma componente clínica (OE, 2021). As componentes teórica e teórico-prática integram as áreas de conhecimento transversais a todas as especialidades, nomeadamente Enfermagem, Investigação, Gestão, Ética e Deontologia, bem como as áreas de conhecimento específicas. A componente clínica pretende assim articular e aplicar os conteúdos programáticos das diferentes unidades curriculares, promovendo o desenvolvimento das competências definidas para este curso de mestrado (OE, 2021).

A seleção dos contextos de estágio, integrados na componente clínica deste curso de mestrado, foi orientada pela natureza da intervenção preconizada pela OE (OE, 2021). Os estágios decorreram numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Unidade Local de Saúde Almada Seixal (ULSAS) e decorreram em dois períodos, em cada um dos contextos. No segundo semestre do 1ºano, foi integrada a USP, de 20 de maio a 21 de junho de 2024 e a UCC de 24 de junho a 26 de julho de 2024. No 1º semestre do 2º ano deste curso

de mestrado, o estágio decorreu na USP de 2 de setembro a 8 de novembro de 2024 e na UCC de 11 de novembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025.

Enquanto instituições promotoras da saúde na comunidade, ambos os contextos foram considerados privilegiados no processo de aquisição de competências comuns e específicas do EEESCSP (OE, 2021). Este processo foi planeado tendo em consideração as especificidades de cada campo de estágio e o perfil de competências do EEESCSP, pelo que se optou pela realização de um Projeto de Intervenção na comunidade com base na metodologia de Planeamento em Saúde.

A temática do projeto de intervenção começou a ser delineada na sequência de uma necessidade sentida pela equipa multidisciplinar da USP. Os dados epidemiológicos demonstram que, para além do envelhecimento populacional, parte da área geográfica de abrangência da USP, representa o território nacional onde o número de idosos que vive só, mais aumentou nos últimos 10 anos (PORDATA, 2024a).

De acordo com os dados mais recentes do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento em Portugal, os idosos que vivem sós apresentam algumas das taxas mais elevadas de pobreza ou exclusão social (Direção Geral de Saúde [DGS], 2022). Pela condição de vulnerabilidade associada, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 propõe “(...) a identificação de idosos sós, com o acionamento de correntes de entreajuda (...)” (DGS, 2022, p.29), promovendo uma abordagem local (micro), e centrada na comunidade. Neste contexto, foi desenvolvido um diagnóstico de situação centrado na comunidade específica das pessoas idosas que vivem sós.

Em linha com a Estratégia Nacional para Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, o desenvolvimento deste projeto procurou responder à necessidade de monitorizar as principais vulnerabilidades em saúde nas pessoas idosas, tendo em consideração os fatores de risco: internos (idade avançada) e externos (morar sozinho); garantindo uma avaliação da funcionalidade das pessoas idosas como instrumento inerente à avaliação do seu estado de saúde (ENEAS, 2017).

Com base na necessidade identificada e nos objetivos da Unidade Curricular Estágio e Relatório, definiu-se como projeto de intervenção a realização de um “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”. Desenvolvido no âmbito da componente clínica deste mestrado, o

projeto teve como base a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) & António Tavares (1992) sendo sustentado pelo referencial teórico de Dorothea Orem.

Dorothea Orem considera que a integridade estrutural e funcional humana ao longo do ciclo de vida exige a satisfação de requisitos universais em termos de autocuidado ou do cuidado dependente (Orem, 2001). Considerando a relação entre a idade e o declínio funcional, sabe-se que o grupo etário com 90 ou mais anos, apresenta de uma forma geral, um maior grau de dependência (Gonçalves, 2022), e, por conseguinte, um maior risco de não satisfação destes requisitos.

A tríade conceptual da Teoria do Défice do Autocuidado de Orem serviu de base a todas as etapas deste projeto. Os seis requisitos universais de autocuidado, enquanto representativos da integridade estrutural e funcional humana (Carvalho et al., 2022; Orem, 2001), fundamentam a construção do instrumento de colheita de dados que foi aplicado à população alvo. Desta forma, pretendeu-se identificar desvios de saúde em pessoas idosas com 90 ou mais anos a viver sós, como ponto de partida para o suporte de enfermagem através da intervenção comunitária, com base nos métodos de ajuda definidos por Dorothea Orem (Orem, 2001).

Tendo em consideração o exposto, o presente relatório tem como objetivos:

- Descrever o desenvolvimento do ensino clínico nos contextos de USP e UCC;
- Descrever as etapas do projeto de intervenção, com base na metodologia de Planeamento em Saúde;
- Analisar criticamente a aquisição das Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública demonstradas no projeto de intervenção comunitária;
- Analisar criticamente as Competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública adquiridas ao longo deste percurso académico.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos, no primeiro capítulo são apresentados os contextos de estágio e a sua relevância como instituições promotoras da saúde da comunidade, fundamentais para o desenvolvimento de competências Especializadas e de Mestre em Enfermagem. O segundo capítulo

corresponde ao Projeto de Estágio, que inclui enquadramento teórico do tema e a descrição das várias etapas de desenvolvimento do Projeto de Intervenção, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde. No terceiro capítulo descrevem-se as competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem, analisando o contributo da prática clínica para o seu desenvolvimento. Por fim o quarto capítulo, a Conclusão, remete para uma reflexão crítica sobre o percurso formativo, as limitações do projeto, e as implicações para a prática de Enfermagem, integrando algumas considerações finais.

O presente documento foi construído em conformidade com as normas para a elaboração do projeto e relatório de estágio que constam no regulamento deste mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz (ESSEM, 2023b). Adicionalmente, foi utilizado o novo acordo ortográfico e seguidas as normas de referência da *American Psychological Association*, 7ª edição.

1. O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A aquisição de competências especializadas pressupõe o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que permitem dar respostas às necessidades identificadas, em diversos contextos de vida das pessoas, e considerando diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Independentemente da área de especialização de enfermagem, a diferenciação do enfermeiro é demonstrada através da aquisição de competências avançadas no âmbito da formação, investigação e assessoria, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão numa determinada área, onde o contexto de intervenção constitui um elemento fulcral no desenvolvimento dessas competências (OE, 2021).

Neste percurso formativo, a aquisição de competências inerentes ao EEESCSP contemplou a realização de estágios em instituições promotoras de saúde na comunidade, nomeadamente na USP e UCC, tal como preconizado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (OE, 2021). Ambos os contextos permitiram a articulação e integração de conteúdos programáticos lecionados nas diferentes unidades curriculares deste curso de mestrado, potenciando o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESCSP, bem como das competências do grau de Mestre.

1.1 UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

De acordo com o Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril, uma USP é um serviço de natureza operativa de saúde pública, criado em função da dimensão populacional residente na área geodemográfica em que se insere. Integra a elaboração de informação e planos em domínios da saúde pública, a vigilância epidemiológica e gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

O Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro procede à alteração ao artigo 3º do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril que define as competências de uma USP,

reforçando que a intervenção deve estar alinhada nos termos da Organização Mundial da Saúde (OMS). Assim, o artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril passa a definir as seguintes competências para as USP:

- Manter a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos;
- Monitorizar e responder a riscos e emergências em saúde pública;
- Contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes do PNS;
- Promover a saúde através de ações sobre os determinantes sociais, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações com riscos diferenciados;
- Atuar na prevenção da doença;
- Contribuir para a planificação das ações e atividades necessárias para a manutenção da saúde das populações;
- Manter a formação e certificação dos recursos humanos da saúde pública;
- Promover a gestão sustentável de recursos financeiros e materiais disponíveis;
- Assegurar a sensibilização das pessoas, mantendo e melhorando continuamente a comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde pública;
- Prosseguir investigação em saúde pública, contribuindo para a produção de conhecimentos para a elaboração e implementação de políticas de saúde;
- Integrar o exercício do poder de autoridade de saúde na defesa da saúde pública.

A USP onde decorreu o estágio está integrada na ULSAS e cobre uma área de geográfica de 165km², abrangendo os concelhos de Almada e Seixal (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP], 2025c).

A ULSAS agrega cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, cuidados continuados integrados e cuidados paliativos, tendo como principal missão a prestação integrada de cuidados de saúde (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025). Compete à ULSAS assegurar os meios necessários ao exercício de competências da autoridade de saúde, assim como da intervenção em saúde pública e da resposta a emergências de saúde pública (SNS, 2025), suportando a atuação da USP no domínio das suas competências.

A USP iniciou a sua atividade a 30 de novembro de 2012. É um serviço com autonomia organizativa e funcional, ao qual compete a colaboração na defesa da saúde pública de todas as unidades funcionais, serviços e departamentos da unidade local de saúde a que pertence, integrando ainda outros programas e órgãos de apoio técnico considerados pertinentes (ULSAS, 2024). Neste sentido, e remetendo para as unidades funcionais, a USP atua e colabora, nomeadamente em situações de risco para a saúde pública nas seguintes unidades: 1 Unidade Hospitalar, 22 Unidades de Saúde Familiares (USF), 2 UCC, 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, 1 Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos e 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) (ULSAS, 2024).

O contexto de estágio é constituído por uma equipa multiprofissional, composta por 6 médicos especialistas em saúde pública, 4 médicos especialistas em medicina geral e familiar, 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária, 1 enfermeiro de cuidados gerais e 4 técnicos administrativos e 9 técnicos de saúde ambiental (BI-CSP, 2025b).

A população abrangida é de 371338 utentes, com um índice de dependência de 58,06%, correspondendo a 35,88% de população idosa e 22,18% de população jovem (BI-CSP, 2025c).

De acordo com os Censos de 2021, a região de intervenção desta USP teve uma taxa de variação positiva da população residente entre 2011 e 2021, de 1,84% no concelho de Almada e 5,21% no concelho do Seixal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024b). Importa considerar que este aumento foi mais expressivo na faixa etária de 65 anos ou mais, especialmente no concelho do Seixal, conforme Figura 1 (INE, 2024a).

LOCAL DE RESIDÊNCIA À DATA DOS CENSOS [2021] (NUTS - 2013) ▾	PERÍODO DE REFERÊNCIA DOS DADOS				
	2021				
	SEXO ▾				
GRUPO ETÁRIO (POR CICLOS DE VIDA) ▾	HM				
	TOTAL	0 - 14 ANOS	15 - 24 ANOS	25 - 64 ANOS	65 E MAIS ANOS
Almada	1,84	-5,33	5,80	-3,06	18,08
Seixal	5,21	-4,87	5,17	-3,09	46,67

Figura 1
Taxa de variação da população residente (2011 - 2021) (%) por Local de residência à data dos Censos [2021]

Fonte: INE (2024b)

Na missão de promover, prevenir e proteger a saúde da sua área geodemográfica, o contexto de estágio USP comporta as seguintes áreas de atuação no âmbito do desempenho assistencial:

- Observação do estado de saúde e bem-estar da população;
- Vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde pública;
- Proteção da saúde (ambiental, ocupacional, segurança alimentar);
- Promoção da saúde (determinantes sociais e desigualdades);
- Governança para a saúde e bem-estar;
- Prevenção da doença;
- Atividades de Autoridade de saúde (BI-CSP, 2025d).

Cada uma destas áreas de atuação integra programas e projetos, coordenados por médicos de saúde pública com a colaboração de equipas multiprofissionais. O EEESCSP intervém transversalmente nestas áreas, exceto nas atividades de Autoridade de Saúde, através da elaboração do diagnóstico de saúde e monitorização do estado de saúde da população e dos seus determinantes, da vigilância e investigação epidemiológica, da caracterização das estruturas de apoio das comunidades e apoio na elaboração de planos de contingência (BI-CSP, 2025d).

A equipa de enfermagem da USP intervém em colaboração com o CDP nos rastreios de contactos de utentes com tuberculoses a nível laboral comunitário e em populações vulneráveis (BI-CSP, 2025d).

Na área de prevenção da doença, nomeadamente vacinação e saúde internacional, encontra-se desenvolvida a consulta do viajante, vacinação internacional e ainda vacinação pré e pós exposição Mpox, sendo estes serviços de carácter assistencial. Importa salientar a atividade da USP e em específico dos enfermeiros especialistas na Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado e na Informação à população, assim como a gestão do Programa de Saúde Escolar, em estreita colaboração com as UCC da ULSAS (BI-CSP, 2025d).

1.2 UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC enquadra-se neste percurso académico enquanto contexto da prática que representa um nível privilegiado de contacto com os indivíduos, famílias e comunidades. A UCC desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, sendo o seu principal foco, assegurar respostas integradas e de proximidade essencialmente em situações de aumento da vulnerabilidade, dependência física e funcional (Despacho n.º 10143/2009, 2009). Os cuidados de saúde prestados pela UCC consideram um diagnóstico de saúde da comunidade, e as estratégias de intervenção definidas no PNS (Despacho n.º 10143/2009, 2009).

A UCC onde se desenvolveu o estágio integra a ULSAS e iniciou a sua atividade a 6 de outubro de 2010 (UCC Seixal, 2024). Abrange o concelho do Seixal, com cerca de 165980 utentes, numa área de 95,50km². Tem um índice de dependência de 58,71%, com 22,86% de jovens e 35,85 % de idosos (BI-CSP, 2025b; PORDATA, 2024c).

Refletindo os dados dos Censos de 2021, a área de intervenção desta UCC teve um aumento da população idosa, coincidente com o panorama nacional. Quando comparamos a população residente no concelho do Seixal em 2011 com o ano 2021, constata-se que em 10 anos, a faixa etária superior a 65 anos aumentou 46,7% (INE, 2024a). Analisadas as restantes faixas etárias, apenas o grupo dos 15 aos 24 anos aumentou 4,8%, sendo que a restante população diminuiu (INE, 2024a).

Reportando ao ano de 2023, o concelho do Seixal teve a maior variação populacional (mais 2960 pessoas), considerando os nove concelhos de toda a Península de Setúbal (PORDATA,2024a). Este saldo positivo está maioritariamente relacionado com o acréscimo de população residente de nacionalidade estrangeira, colocando este concelho com o maior saldo migratório de toda a Península de Setúbal, que corresponde ao incremento de 2760 pessoas (PORDATA,2024a).

A missão da UCC onde foi realizado o estágio é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população que abrange, com vista a obtenção de ganhos em saúde. A sua visão está na garantia de boas práticas em saúde comunitária, numa prática assente por valores que visam respeito pela individualidade do utente e a promoção da sua autonomia (UCC Seixal, 2024a).

Esta unidade possui autonomia funcional e técnica e baseia a sua intervenção de âmbito domiciliário e comunitário, junto das pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência. Atua essencialmente na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (UCC Seixal, 2024a). A equipa é composta por 4 enfermeiros de cuidados gerais, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil, 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e 2 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde comunitária, 3 técnicos administrativos e 1 assistente social (UCC Seixal, 2024; BI-CSP, 2025c).

Tem na sua carteira de serviços a área de gestão da doença, intervenção comunitária e gestão da saúde, áreas que integram a saúde no idoso que representa a área assistencial com maior impacto na matriz de desempenho desta UCC (UCC Seixal, 2024b; BI-CSP, 2025a). Na área de gestão da doença, integra a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e presta cuidados no âmbito da reabilitação, saúde mental e ainda abordagem paliativa. Importa destacar as intervenções de capacitação e apoio ao cuidador, que acabam por ser transversais às dimensões referidas da gestão da doença (UCC Seixal, 2024b).

A UCC atua em saúde escolar nas comunidades educativas, com programas e projetos direcionados para as necessidades identificadas em cada grupo, incluindo uma intervenção de enfermagem especializada, dirigida a necessidades de saúde especiais e intervenção precoce (UCC Seixal, 2024b). No âmbito da saúde reprodutiva, a UCC promove o desenvolvimento de cursos de preparação para o parto, e intervém no acompanhamento da mulher na gravidez e na recuperação pós-parto (UCC Seixal, 2024b). Na área da saúde mental, a intervenção comunitária contempla ações de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental, mas também um acompanhamento programado de utentes com perturbações psiquiátricas, com intuito de continuidade de cuidados, reabilitação e reintegração dos mesmos (UCC Seixal, 2024b).

A intervenção comunitária da UCC integra o acompanhamento de pessoas e grupos em situação vulnerável, e contempla variados contextos de intervenção, nomeadamente: bairros sinalizados, acompanhamento institucional de população

migrante em situação de risco, população sem abrigo, mulheres com práticas de prostituição de rua, população idosa em situação de risco, entre outras situações que careçam de intervenção de enfermagem especializada (UCC Seixal, 2024b).

No âmbito destas áreas assistenciais, integram-se programas e projetos contratualizados na sua carteira de serviços e que visam, conforme Despacho n.º 10143/2009, contribuir para o diagnóstico de saúde da comunidade; intervir no âmbito da proteção, promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, com enfoque nas pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural (Despacho n.º 10143/2009, 2009). Neste sentido, a UCC tem implementados projetos, liderados por enfermeiros especialistas, que estão alinhados com a melhoria do estado de saúde da comunidade de abrangência, nomeadamente:

- “Saúde sobre Rodas”: intervenção comunitária com recurso à Unidade Móvel com incidência em bairros vulneráveis e uma comunidade de reinserção (CRIAR-T);
- “Gira Lua - As faces da Lua”: dirigido à população com práticas de prostituição de rua, com predomínio de pessoas infetadas com HIV, toxicodependentes e com diversos problemas sociais que carecem de acompanhamento regular a intervenção multissetorial;
- “Saúde Escolar”: cumprimento do Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa de Saúde Oral;
- “Preparação para o Nascimento/Parentalidade” e “Recuperação Pós-Parto”: desenvolvimento saudável da gravidez, do parto e do puerpério;
- “SNIPI - ELI - Equipa Local de Intervenção Precoce”: intervenção em crianças até à idade escolar e que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais;
- ECCI: cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa;
- “Formar para Cuidar”: capacitação de cuidadores formais e informais acerca do cuidar da pessoa com dependência;

- “NPISA: Núcleo de Planeamento e Intervenção sem Abrigo”: resposta integrada à população sem abrigo, com avaliação das necessidades, monitorização e resposta integrada com vista à manutenção da sua saúde;
- “Linha 65”: apoio a pessoas idosas e/ou em situação de dependência ou de isolamento, para sinalização e denúncia de maus-tratos, situações de violência doméstica e outras situações de risco;
- “COSMIC - consulta de enfermagem de saúde mental comunitária”: intervenção comunitária na área da saúde mental (UCC Seixal, 2024b).

2. O PROJETO DE ESTÁGIO

O estágio de natureza profissional, enquadrado na matriz formativa da OE, foi desenvolvido num contexto facilitador da aquisição e consolidação de competências específicas em Enfermagem Comunitária, no domínio da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (OE, 2021).

A consolidação da identidade do EEESCSP na prática clínica possibilitou o desenvolvimento de um projeto de intervenção, ancorado num diagnóstico de situação da comunidade e orientado para a resolução dos problemas priorizados (Regulamento nº428/2018, 2018).

Este projeto teve com base a Metodologia de Planeamento em Saúde, cujas etapas serão detalhadas ao longo deste capítulo, após a apresentação do respetivo enquadramento teórico.

2.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Envelhecer é um processo dinâmico, progressivo e inevitável que apesar de ser comum a todas as pessoas, não é homogéneo. Constitui um fenómeno multifatorial, de difícil conceptualização, envolvendo aspetos biológicos, sociais e psicológicos (Galvão & Gomes 2021). O processo de envelhecimento começa a ser descrito como multidimensional em 1990, sendo considerado parte integrante do desenvolvimento dos indivíduos e resultado da interação dinâmica entre o indivíduo e o contexto. Apesar da complexidade do conceito, começou a emergir a ideia de que é possível envelhecer com êxito (Baltes & Lindenberger, 2006), o que determina atualmente uma abordagem integrada e articulada ao nível de uma política global.

O envelhecimento da população tem profundas implicações em todos os domínios da sociedade, estimando-se que em 2050, a população global de pessoas idosas duplique, alcançando a marca de 2,1 bilhões de pessoas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022). Conforme as pessoas envelhecem, as necessidades de saúde tendem a tornar-se mais complexas e o contexto epidemiológico associado, acarreta riscos acrescidos no que respeita a sustentabilidade dos serviços de saúde (World Health Organization [WHO], 2015). Este cenário agravou com a pandemia COVID-19, que impactou na saúde e no bem-estar social e económico a

nível mundial, exacerbando os problemas já existentes com o aumento dos custos com a saúde (WHO, 2023). Neste contexto, existe uma dificuldade acrescida em implementar medidas de promoção de um envelhecimento saudável.

O envolvimento em todo o curso de vida e uma ação não exclusiva nas pessoas livres de doença, permite minimizar os riscos e produzir ganhos em saúde, o que implica uma ação contínua e estruturada a nível global (OPAS, 2020). O envelhecimento saudável é uma importante meta de saúde pública, que integra um processo contínuo de otimização da habilidade funcional e de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, promovendo independência e qualidade de vida ao longo do ciclo de vida (WHO, 2015). Neste âmbito, o programa de cuidados integrados para a pessoa idosa (Integrated care for older people - ICOPE) desenvolvido pela OMS, visa atender às necessidades de saúde das populações idosas em todo o mundo. As diretrizes da OMS contemplam a atuação dos profissionais de saúde na identificação das pessoas idosas com perda de capacidade, providenciando os cuidados necessários para reverter ou retardar os declínios, ou mesmo apoiar com mecanismos de compensação de perda na habilidade funcional (OPAS, 2020).

Em linha com a tendência mundial, a população portuguesa, tem vindo a sofrer alterações demográficas e epidemiológicas, caracterizadas por um envelhecimento acentuado, produto do aumento de esperança de vida e diminuição da mortalidade e natalidade (DGS, 2022). Sabe-se que no triénio 2021-2023, a esperança média de vida aumentou para os 81,2 anos, sendo que numa década houve um aumento de 1,4 anos de esperança de vida à nascença (PORDATA, 2024b). Este é um aumento em linha com o panorama mundial, fazendo emergir a necessidade de rever as métricas no que diz respeito ao envelhecimento e ajustar ao cenário social. O desenvolvimento socioeconómico dos países, os avanços da medicina, urbanização e o desenvolvimento de novas tecnologias, têm aumentado a expectativa de vida e, consequentemente as características e necessidades das pessoas idosas também evoluem (Junior et al., 2021). Neste sentido, o limite fixo de 65 anos tem sido questionado do ponto de vista da biologia e têm surgido novos argumentos com intuito de redefinir o conceito de velhice (CENIE, 2018).

Assim, as Sociedades Gerontológicas e Geriátricas do Japão propuseram a reclassificação da velhice em três grupos (CENIE, 2018):

- ✓ Pré-velhice, referente a pessoas entre os 65 e os 74 anos de idade;
- ✓ Velhice, para aqueles com idades entre os 75 e os 90;
- ✓ Super-velhice para o grupo de "superidosos", aqueles com mais de 90 anos de idade.

A quarta idade, quinta idade, longevidade avançada ou a extrema longevidade são alguns dos termos que procuram responder à necessidade de acompanhar o aumento da longevidade e englobar as pessoas nonagenárias e centenárias num patamar distinto (Junior et al., 2021), aspeto que se mostrou fundamental na definição da população alvo deste projeto de intervenção.

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 183,5% em 2022 (PORDATA, 2024c), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo, e exige adaptações e respostas em diversos níveis. Têm surgido várias políticas públicas de melhoria dos cenários demográficos ao longo dos anos, no entanto, os Censos realizados em 2021 permitiram repensar e encarar o cenário que coloca Portugal no quarto país mais envelhecido do mundo (República Portuguesa, 2024).

Perante a inevitabilidade do envelhecimento nas próximas décadas, os indicadores de qualidade de vida das pessoas idosas estão longe do ideal (República Portuguesa, 2024), com um nível de dependência na população portuguesa muito elevado nos últimos anos de vida e tendência de agravamento (República Portuguesa, 2024). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), salientam esta vulnerabilidade desta população pelo risco de pobreza e exclusão social derivado do aumento do estado de dependência (INE, 2022).

É neste contexto que surge o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável como uma das prioridades, onde emerge um novo paradigma de resposta às necessidades atuais da população idosa e de prevenção, com foco na melhoria da qualidade de vida nas próximas décadas (Presidência do Conselho de Ministros, 2024). Nas medidas propostas, a manutenção da autonomia da população é fundamental, implementando medidas que mantenham, quer a vida independente, quer a população nos respetivos domicílios num ambiente seguro. Assente igualmente na promoção de autonomia, o segundo pilar estratégico deste plano visa o estabelecimento de uma atuação coordenada intersectoral e baseada em indicadores do índice de

envelhecimento ativo, nomeadamente taxa de pessoas com mais de 75 anos com capacidade de viver sozinhos ou em casal (República Portuguesa, 2024).

A situação de residência a sós das pessoas idosas tem merecido destaque nos últimos anos, a par do desafio demográfico. Emerge no PNS 2021-2030, como oportunidade de responder a estes desafios, a necessidade de identificação das pessoas idosas sós para uma eventual resposta de reforço das redes formais e informais de suporte social (DGS, 2022). Este grupo populacional que reside a sós constitui um dos grupos onde a taxa de pobreza e exclusão social é maior (DGS, 2022). Em Portugal, constata-se que 25% das pessoas idosas vive só, valor que aumentou 18,6% face a 2011. A população idosa acima dos 65 anos representa 50,3% da totalidade dos agregados unipessoais, o que coloca Portugal como o 4º país da União Europeia (UE) com mais pessoas idosas a viver sós (INE, 2022).

Importa clarificar o processo de vivência a sós, que aparece geralmente conotado negativamente, associado ao aumento da vulnerabilidade da população idosa portuguesa, conforme realça o relatório de caracterização da população idosa publicado em 2022 pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (Santos et al, 2022). No entanto, a evidência científica também demonstra que muitas das pessoas idosas que vivem sós, procuram a autonomia como forma de se valorizarem, promovendo a autoestima e autoconfiança, o que leva a maiores interações sociais (Junior et al., 2021; Sousa et al., 2017a).

Fonseca (2022) reporta ao conceito “*Aging in place*”, como reflexo da capacidade de continuar a viver em casa de forma independente. Este envelhecimento em casa e na comunidade de inserção da mesma, remete às orientações da OMS (WHO, 2015) e apresenta como vantagens a inclusão social e de recompensa emocional.

À medida que envelhecem, as pessoas têm necessidade de viver em ambientes favoráveis ao envelhecimento, que suportem as mudanças associadas a este processo. Este ambiente não é apenas o domicílio onde vive, mas também a comunidade envolvente (Fonseca, 2022). O contexto onde se insere a pessoa idosa é primordial nesta avaliação, e em Portugal há uma carência de evidência nesta temática. Com indicadores que realçam o aumento do nível de dependência nestas pessoas, associado à taxa de pobreza e exclusão social de 32,1% nas que vivem sós, emerge a realização

do um diagnóstico de situação que contextualize estes dados num nível local e permita uma identificação e conhecimento das pessoas idosas que vivam sós num nível “micro” (DGS, 2022).

Aliado ao aumento da longevidade em Portugal, existe um desafio acrescido, que é a crescente multimorbilidade, uma realidade cada vez mais comum (Carrageta, 2021), que leva a uma redução do número de anos de vida saudável, indicador que coloca Portugal abaixo da média da União Europeia (UE) (Observatório das Desigualdades, 2020). Em Portugal, em 2021, as mulheres contam, em média, com 57,4 anos de vida saudável à nascença (menos 7,8 anos do que a UE), enquanto aos homens corresponde em média 59,3 anos (menos 3,8 anos que na UE) (Observatório das Desigualdades, 2020).

O aumento da longevidade não se faz acompanhar pelo aumento proporcional de qualidade de vida em Portugal (Pocinho et al., 2024) e a preocupação aumenta no topo da pirâmide etária, nomeadamente com os nonagenários e centenários. Existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o declínio funcional, que é mais acentuada no grupo etário acima dos 90 anos, que apresenta de uma forma geral, mais dependência, ou seja, apresenta uma dependência parcial (Gonçalves, 2022). Com o aumento da longevidade, a pessoa idosa apresenta uma maior vulnerabilidade, o que leva ao aumento da incidência de doença física, psíquica e síndromes geriátricas (Llano et al., 2024), fatores inerentes ao processo de senescência (Pocinho et al., 2024).

A evidência científica remete para as potenciais vulnerabilidades das pessoas idosas, que intensificam quando se remete para a faixa etária considerada, aliada ao facto de viverem sós. Sendo aspetos que influenciam a integridade estrutural e funcional humana, a pessoa idosa fica suscetível ao comprometimento dos requisitos de autocuidado, tal como define Dorothea Orem, a teórica de enfermagem que alicerça este projeto. Com descrição de potenciais fatores que contrariam a capacidade de satisfazer o autocuidado, a evidência em destaque neste enquadramento teórico pretende constituir um aliado na compreensão das condições e das limitações da ação destas pessoas, princípio que é inerente à Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001; Queirós et al., 2014).

O conceito de autocuidado representa uma função humana reguladora para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Orem, 2001), conceito

que assume centralidade neste projeto na medida em que se espera das pessoas idosas a adoção de decisões positivas para reagir às adversidades que o envelhecimento pode provocar utilizando seu potencial humano para viver com qualidade. Enquanto EEESCSP, a avaliação do estado de saúde desta comunidade implica compreender a natureza das pessoas idosas, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na sua saúde, e este processo é sustentado neste projeto pela Teoria de Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Apesar destes factos, constata-se que existe uma lacuna de evidência científica relativa à pessoa idosa com idade igual ou superior a 90 anos, num contexto de residência a sós. Apesar da idade avançada surgir na ENEAS como fator de risco interno a priorizar na avaliação e planeamento de intervenção à população idosa em Portugal, existe subjetividade na expressão “idade avançada” e falta de evidência que remeta para a especificidade da avaliação destas pessoas, principalmente numa situação de vivência a sós; ponto que isoladamente representa outro fator de risco para a pessoa idosa (ENEAS, 2017).

O envelhecimento é um fenómeno multidimensional (ENEAS, 2017), combina a capacidade intrínseca (física e mental), os ambientes em que a pessoa habita (físico, social e político) e a interação entre eles (OPAS, 2022). A abordagem multidimensional da pessoa idosa tem sido priorizada e, alinhada nas metas da OMS (WHO, 2020), sustenta as estratégias de promoção de um Envelhecimento Saudável em Portugal (ENEAS, 2017; República Portuguesa, 2024).

O “estado de arte” vem alicerçar este projeto, na medida em que enquadra a importância de uma abordagem de múltiplos domínios na compreensão da pessoa idosa e das suas necessidades. Na comunidade, cada estrato da população idosa carece de uma perceção multidimensional para avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional (WHO, 2015). Com base nesta premissa, a OMS criou um manual com objetivo de apoiar a enfermagem na abordagem multidimensional a estas pessoas e assim contribuir para ganhos efetivos em saúde (WHO, 2020). Por sua vez, Moraes e Lopes (2023), operacionalizam estes princípios, adequando à população brasileira, o seu manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa que serve de suporte às equipas multidisciplinares de apoio às pessoas idosas.

A avaliação multidimensional tem feito parte da agenda de investigação e de intervenção de diversos profissionais que, direta ou indiretamente, cuidam de pessoas idosas em Portugal, com uma abordagem ajustada às mesmas, à evidência científica e ao contexto (Cruz, 2023; Santos et al., 2022; Seabra, 2019; Siquenique, 2015; Sobral, 2015). A pertinência de uma avaliação multidimensional, impulsiona a validação para português do “*Older Americans Resources and Services*” por Rodrigues (2008), instrumento considerado um importante auxílio nas intervenções comunitárias através do levantamento de necessidades da pessoa idosa (Rodrigues, 2008).

Tal como já enquadrado, o contexto epidemiológico em Portugal é uma das bases para este projeto. Paralelamente surge a transição demográfica, que é um dos grandes desafios para as políticas públicas, prevalecendo a necessidade de alinhar ao conceito de envelhecimento saudável, o planeamento de qualquer intervenção à pessoa idosa (República Portuguesa, 2024; WHO, 2020). Os dados epidemiológicos remetem para o aumento da prevalência de doenças crónicas que contribuem para a perda de qualidade de vida da população idosa portuguesa, com elevada contribuição para o aumento da carga de doença e índice de dependência (ENEAS, 2017; Santos et al., 2022). Com este panorama, importa considerar a vulnerabilidade social, económica e uma participação social inferior, quando comparamos a população idosa em Portugal com a média europeia, aspeto que está inevitavelmente relacionado com a evolução epidemiológica, demográfica e políticas publicas (Santos et al, 2022; WHO, 2020).

Avaliar uma dimensão coletiva do envelhecimento relacionada com a estrutura da população e distribuição dos indivíduos por idades é uma forma de antecipar e identificar problemáticas (Pocinho et al., 2024). Este enquadramento corrobora a necessidade de considerar a transição demográfica e epidemiológica na avaliação da população idosa para que ocorra uma identificação sustentada das suas necessidades, e uma intervenção dirigida às prioridades (Moraes & Lopes, 2023).

Uma visão multidimensional do processo de envelhecimento vai ao encontro de um conceito de autocuidado universal que abrange todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às atividades de vida diárias (AVD) e às atividades instrumentais (Queirós et al, 2014). Este propósito está inserido na teoria do défice de autocuidado que destaca a população idosa com uma das áreas mais relevantes de aplicabilidade, nomeadamente através da promoção da saúde, o autocuidado para os idosos independentes e stress do prestador de cuidados da família.” (Taylor, 2004, p.202).

Esta teoria dá particular destaque quando uma pessoa por si só não tem capacidade de promover as atividades necessárias de autocuidado e requer a ajuda de outra pessoa (Orem, 2001). Este aspeto enquadrado na temática deste projeto de intervenção, destaca a necessidade do EEESCSP proceder à elaboração de um diagnóstico de situação da comunidade em causa, com vista a participar na avaliação multicausal de eventuais problemas encontrados e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Assim, a utilização da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem neste projeto de intervenção permite não apenas compreender as necessidades das pessoas idosas que vivem sós com 90 ou mais anos, mas também orientar as ações do EEESCSP na promoção da autonomia, prevenção da dependência e fortalecimento da rede de suporte.

2.2 PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

A Metodologia do Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e contínuo, indissociável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde a instituição de saúde se insere. Determina uma análise multisetorial de uma comunidade de produzir ganhos em saúde no âmbito da área de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). É um processo que requer uma intervenção dirigida para a realidade existente, sendo possível agir sobre ela no sentido de uma transformação positiva, em função dos objetivos propostos e da eficácia e eficiência dos recursos existentes.

Do conceito de planeamento em saúde decorrem as principais fases do seu processo: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.2.1 Diagnóstico de situação

“Fazer um diagnóstico de situação exige, à partida, o conhecimento do significado de dois conceitos importantes: o de problema e o de necessidade.” (Tavares, 1992, p.51). Nesta fase são identificados os fatores causais e explicativos, a evolução temporal e a definição de tendência evolutiva de um determinado desvio de saúde (Tavares, 1992), processo que se traduz na análise de dados epidemiológicos e evidência científica reflexa neste enquadramento teórico.

Tendo em consideração a temática deste projeto, o conceito de “problema” remete para a ausência de dados que identifiquem e caracterizem a população idosa com idade igual ou superior a 90 anos e que vive só, na área de atuação da UCC. A existência desses dados contribui para respostas mais adequadas e integradas às reais necessidades desta população, motivação manifestada da USP onde se realizou o estágio, e que ajuda a clarificar o conceito de “necessidade”, como parte fundamental do diagnóstico e que pode ser real, expressa e sentida (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

O ponto de partida deste diagnóstico de situação advém de uma necessidade sentida pela equipa da USP, onde a experiência e conhecimento dos peritos aliada aos dados epidemiológicos existentes, salienta a importância de realização de um “Diagnóstico de situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”. Para além de todo o enquadramento nacional (ENEAS e PNS) que descrevem a necessidade de uma abordagem que faculte respostas na matéria das pessoas idosas que vivem sozinhas, destaca-se ainda a OMS, que privilegia a necessidade de concretizar uma caracterização global da pessoa idosa, através de uma abordagem multidimensional, permitindo uma identificação de necessidades a vários níveis de intervenção multidisciplinar (WHO, 2020).

Um bom diagnóstico de situação é o que garante respostas adequadas às necessidades locais. É um bom preditor da eficácia de qualquer projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993). Por este motivo, delinearam-se os seguintes objetivos, alinhados com o problema e as necessidades:

- Realizar a caracterização Sociodemográfica, Habitacional, de Condição de Saúde e Psicossocial dos utentes de uma USF da ULSAS, com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós;

- Realizar uma avaliação cognitiva e funcional dos utentes de uma USF da ULSAS, com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós;
- Avaliar a capacidade para a gestão das AVD dos utentes de uma USF da ULSAS, com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós;
- Avaliar o risco de queda dos utentes de uma USF da ULSAS, com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós;
- Avaliar o risco de úlceras de pressão dos utentes de uma USF da ULSAS, com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós;

2.2.1.1 Seleção da população alvo e amostra

Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns. Para definição do conjunto de pessoas “objeto” de estudo, é imperativa a satisfação de critérios de seleção definidos em linha com o que se pretende estudar.

Numa primeira análise realizada à população abrangida pela USP, constatou-se que existiam 4127 pessoas idosas com 90 ou mais anos na ULSAS (BI-CSP, 2024). Considerando que uma das UCC, constitui um dos contextos de estágio da mestranda, optou-se por investigar do número de pessoas idosas com 90 ou mais anos residentes na área de abrangência dessa unidade, tendo sido identificadas 1555 pessoas (BI-CSP, 2024).

O passo seguinte consistiu em identificar, dentro deste universo, as pessoas idosas com 90 ou mais anos que vivem sós. Este aspeto revelou-se particularmente exigente, pela inexistência de fontes de informação centralizadas na USP e na UCC, contextos onde se iniciou o diagnóstico de situação. Face a esta limitação, a USF assumiu um papel crucial como parceira no processo, por ser um contexto de intervenção privilegiado do enfermeiro de família, profissional que tem um conhecimento aprofundado sobre os utentes e respetivos contextos de vida (Ferreira et al., 2021).

Assim, a USP solicitou a colaboração das 10 USF da área de abrangência da UCC onde decorreu o estágio, requisitando dados relativos a utentes com 90 ou mais anos que residem sós. No entanto, dentro do tempo útil para a execução do projeto, apenas uma das USF respondeu positivamente, o que deu origem a uma parceria de

trabalho. A USF demonstrou interesse em colaborar com este projeto, disponibilizando o suporte necessário através dos respetivos enfermeiros de família.

Verifica-se que, na USF selecionada estavam inscritos 142 utentes com 90 ou mais anos. Através do trabalho conjunto com os enfermeiros da USF, foi possível identificar 32 pessoas a viver sós. Este grupo foi definido como a amostra do presente projeto, constituindo uma amostragem por conveniência, adequada à realidade e aos recursos disponíveis.

Foram definidos como critérios de inclusão na amostra:

- Idade igual ou superior a 90 anos até 31 de dezembro de 2024;
- Residência na área de abrangência da UCC;
- Viver sozinho/a;
- Aceitar participar voluntariamente, mediante consentimento informado e esclarecido.

Ao longo deste projeto ocorreram alterações no número de pessoas que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos. Entre a fase de definição da amostra e à recolha de dados, registou-se um decréscimo de 8 pessoas. Das 32 pessoas inicialmente identificadas, seis deixaram de residir sós, e ocorreram dois óbitos. Assim sendo, foram consideradas 24 pessoas para integrar a amostra.

2.2.1.2 Método e Instrumento de colheita de dados

A metodologia adotada no projeto de intervenção foi definida com base nos objetivos traçados e nas características específicas da população-alvo e da amostra incluída no estudo. Pretendeu-se, assim, garantir a adequação do método e do instrumento de colheita de dados à realidade que se pretendia analisar, sendo este o processo descrito de seguida.

- **Tipo de estudo**

Com vista à concretização dos objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo observacional, descritivo e transversal, tendo-se utilizado um questionário como instrumento de recolha de dados.

Considerando o método observacional e descritivo, pretendeu-se descrever um fenómeno, uma situação, retratando o maior número possível de elementos existentes na realidade estudada (Prodanov & Freitas, 2013). Com foco nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós, pretendeu-se uma descrição da sua situação, com vista à avaliação do estado de saúde desta população. Este estudo é transversal na medida em que, pretende fornecer dados imediatos e utilizáveis, considerando o fenómeno presente no momento da investigação (Gil, 2017).

- **Construção do instrumento de colheita de dados**

Foi realizada uma pesquisa na literatura científica com o objetivo de identificar um instrumento de colheita de dados que permitisse responder aos objetivos do estudo. Porém, não foi encontrado nenhum instrumento que se adequasse às necessidades específicas do projeto, o que motivou a construção de um novo instrumento, desenvolvido de base. Nesse sentido, foi elaborado um questionário pela mestranda, em colaboração com peritos na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Optou-se pela construção de um questionário, dado que se pretende descrever uma realidade social, com o objetivo de caracterizar elementos identificadores de uma população (Sá et al., 2021).

Na sua elaboração, foram consideradas variáveis relevantes para a caracterização que caracterizam a amostra, de forma a garantir a adequação ao perfil dos participantes e a articulação com os objetivos do estudo.

A linha orientadora para a construção deste questionário foi o Processo de Enfermagem do *SCLínico Cuidados de Saúde Primários (SCLínico CSP)*. O *SCLínico* é um sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SPMS, 2020). O Processo de Enfermagem *SCLínico CSP* utiliza a linguagem CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, pelo que foi realizada a consulta dos diagnósticos de enfermagem mais comuns na pessoa idosa como referencial para a construção do questionário.

Tendo em conta a faixa etária dos participantes, considerou-se essencial controlar a variável idade no processo de colheita de dados. A longevidade não se pode dissociar das alterações naturais derivadas no processo de envelhecimento, que

conduzem a um aumento da vulnerabilidade (Gonçalves, 2022; Llano et al., 2024). A vulnerabilidade não está apenas relacionada com uma situação de dependência, pois existem limitações decorrentes do envelhecimento, que podem interferir com a capacidade funcional (Lopes et al., 2024), que permita uma leitura atenta, com compreensão e interpretação plena dos itens do questionário. Por este motivo, os questionários não foram autoadministrados, tendo sido a mestranda a proceder ao seu preenchimento, com base nas respostas verbais dos participantes, durante a aplicação presencial, com o objetivo assegurar a compreensão de todos os itens.

Importa ainda considerar o analfabetismo, mais frequente nas pessoas idosas (Santos et al., 2022). O preenchimento pela mestranda favoreceu também o controlo de outra variável, a extensão do questionário, procurando uma forma de aplicação que atenuasse os efeitos de um eventual desinteresse em preencher um questionário longo (Thomas et al., 2018).

O instrumento foi trabalhado com uma linguagem adaptada à população em estudo, procurando a clareza que possibilite uma correta e fácil interpretação das questões (Thomas et al., 2018).

- **Estrutura do questionário**

O questionário contempla 105 questões, maioritariamente perguntas fechadas, dicotómicas e de escolha múltipla e algumas perguntas abertas de resposta rápida, nomeadamente sobre a idade, naturalidade, profissão exercida e perguntas onde o inquirido possa colocar outra opção de resposta para além das apresentadas nas opções. Possui ainda questões filtro que servem para dirigir o participante às questões aplicáveis à sua situação (Fortin, 2009), reduzindo ambiguidades e também o tempo necessário para completar o questionário (Álvares, 2021).

O instrumento contempla quatro dimensões: sociodemográfica, habitacional, condição de saúde e psicossocial, opção enquadrada na rigorosa pesquisa do “estado de arte”, como se pretende relatar de seguida.

A dimensão sociodemográfica contém três subdomínios, a caracterização pessoal e familiar (11 questões), caracterização socioprofissional e económica (6 questões) e caracterização das redes de apoio e sociabilidades (14 questões).

A definição do perfil sociodemográfico é essencial para a caracterização da pessoa idosa que vive sozinha. Envelhecer pressupõe alterações não apenas de ordem biológica, mas também social, sendo esta última fortemente influenciada por fatores como os papéis sociais desempenhados, o acesso a redes de apoio, o nível de escolaridade e, de forma geral, a interação com a família e a comunidade (Lopes et al., 2024).

Os dados que evidenciam o aumento da pobreza e exclusão social na população idosa (DGS, 2022) reforçam a pertinência da inclusão desta dimensão no questionário elaborado.

A segunda dimensão do questionário é a habitacional, que inclui o subdomínio da caracterização da habitação onde a pessoa reside (20 questões) e existência de animais e vigilância veterinária (3 questões).

A condição em que vive a pessoa depende da interligação de várias dimensões, das quais a ambiental não é exceção nas qual se inserem as questões habitacionais (Lopes et al., 2024). A avaliação multidimensional da pessoa idosa assenta na premissa que qualquer alteração nesta habitação, deve considerar as necessidades à medida que as pessoas envelhecem, para que eventuais limitações funcionais não aprisionem a pessoa (Fonseca, 2022). De acordo com o mesmo autor, o espaço exterior reveste a mesma importância, pelo que as questões de acessibilidade foram contempladas no instrumento de colheita de dados.

Considerar o ambiente implica ter em conta o ambiente construído e o ambiente natural, nomeadamente o apoio emocional, a assistência e os relacionamentos proporcionados por outras pessoas e animais (OPAS, 2023). Considerando a residência só, os animais de estimação têm demonstrado ser uma fonte de suporte social, o que se traduz no número de pessoas que elegem seus animais como família (Heiden & Santos, 2012), pelo que será integrado na caracterização do ambiente doméstico da pessoa idosa.

A terceira dimensão do instrumento de colheita de dados é a condição de saúde que compreende 8 subdomínios: antecedentes pessoais (7 questões); consumos (3 questões); gestão do regime terapêutico (26 questões), dados antropométricos (2 questões), utilização de serviços de saúde (4 questões); eliminação (2 questões); sono e repouso (3 questões); hábitos de higiene (2 questões). O ponto de partida desta dimensão foi identificar eventuais comorbilidades que afetam a pessoa idosa à luz da

análise das patologias que influenciam os anos de vida saudável perdidos por doença ou incapacidade (Disability Adjusted Life Years – DALYs) (DGS, 2022). Para além do processo de enfermagem da plataforma *SClinico CSP*, a terceira dimensão do questionário segue os principais diagnósticos alocados ao processo de envelhecimento (Sequeira, 2024), com especial enfoque nas AVD e adesão ao regime terapêutico. Emergem dois focos inerentes à avaliação de enfermagem: o autocuidado e a adesão (ICN, 2015). Através dos subdomínios, pretendeu-se efetuar uma recolha de dados que permita caracterizar a pessoa idosa no autocuidado enquanto atividade executada pela própria para satisfazer as suas necessidades básicas. A adesão, por sua vez, remete à capacidade da pessoa idosa para se comprometer e aderir ao regime medicamentoso, dietético e regime de exercício (Araújo & Galante, 2024).

Por último, a dimensão psicossocial contempla 2 questões. A avaliação psicossocial tem relação com a cognição, a memória, o humor, os comportamentos e a saúde mental de forma geral. Compreende ainda o suporte familiar e social, por se tratar de aspetos que interferem nas condições de saúde das pessoas (Cruz, 2023). Sabendo que a solidão constituiu um problema de saúde pública, muito associada ao envelhecimento, considerou-se pertinente a integração de questões direcionadas à temática com o intuito de caracterizar a pessoa idosa num aspeto que interfere com a sua qualidade de vida e resulta da insatisfação com as relações pessoais (Gil & Almeida, 2024).

- **Instrumentos complementares**

Uma vez que os principais diagnósticos de enfermagem no processo de envelhecimento apresentados na literatura estão centrados nas AVD, humor depressivo, cognição, comunicação, adesão ao regime terapêutico e risco de queda (Sequeira, 2024), optou-se por após a aplicação do questionário, considerar algumas escalas de avaliação que constam do *SClinico CSP*. Assim, utilizou-se o Mini CoG Teste para avaliar a cognição, a escala de Barthel para avaliar a capacidade de autocuidado e a escala de Morse para avaliar o risco de queda.

Em função do declínio de vários sistemas orgânicos associada ao envelhecimento, a longevidade pode levar a um aumento da fragilidade onde um estado nutricional deteriorado, um Índice de Massa Corporal (IMC) reduzido ou mesmo obesidade sarcopénica (Llano et al., 2024), fundamentaram o cálculo de IMC

estabelecido nesta colheita de dados. Nesta linha de pensamento, e dada a idade avançada dos participantes, tornou-se pertinente a utilização da escala de Braden, para avaliação do risco de úlceras de pressão que demonstrou ser efetiva na predição do aparecimento de úlceras por pressão em contexto domiciliário (Freitas & Alberti, 2013).

- **Validação do instrumento**

A construção do instrumento de colheita de dados, não teve apenas por base a fundamentação das dimensões apresentada, pois foi fundamental a agregação de pareceres da área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. O consenso de peritos contemplou dois médicos especialistas em saúde pública, cinco enfermeiros mestres em enfermagem de saúde comunitária, duas técnicas superiores de saúde ambiental e dois investigadores com experiência na área da saúde pública (Tavares, 1992).

Após a agregação de pareceres e consenso de peritos, foi realizado um pré-teste a 5 utentes de uma unidade com características semelhantes à da unidade em estudo, a pessoas com características semelhantes às da população em estudo, para avaliarmos se os termos utilizados são compreendidos sem equívocos, garantindo que as questões são colocadas de forma objetiva, sem ambiguidades, que nos fornecem a informação pretendida, que o layout é adequado e que não provoca desinteresse do inquirido apesar da sua extensão (Fortin 2009).

O objetivo do pré teste foi mitigar possíveis erros na estrutura do questionário e analisar as variáveis quanto à perceção (Pereira & Monteiro, 2018). Após término do pré teste, realizou-se uma entrevista a cada pessoa, com a finalidade de agregar as opiniões formadas relativamente a cada questão colocada, assim como, sobre a constituição do questionário. Desta forma, garantiu-se a qualidade informativa dos dados obtidos, assegurando a fiabilidade e validade do instrumento (Sá et al., 2021), delineando a versão final do questionário (apêndice I) sem necessidade de alterar o conteúdo e estrutura do mesmo, apenas algumas palavras ajustadas para sinónimos para uma facilidade de compreensão.

- **Recolha de dados**

Pelas características da população alvo deste projeto, optou-se pela aplicação do questionário durante uma visita domiciliária, que permitiu também a avaliação concomitante do Mini CoG Test, IMC e escalas de Barthel, Braden e Morse. Foi estruturado um documento de apoio à aplicação das escalas e testes mencionados, destinado ao preenchimento no momento da visita domiciliária, tendo em consideração os parâmetros de avaliação estipulados em *Sclinico CSP* (Apêndice II).

A amostra foi inicialmente constituída por 24 pessoas. A fase de recrutamento teve início com o estabelecimento de contacto telefónico, durante o qual a mestranda apresentou de forma sucinta o projeto e a sua identidade enquanto investigadora, solicitando a colaboração para marcação de uma visita domiciliária.

Durante este processo, contou-se com a colaboração dos enfermeiros de família da USF, que, em que não foi possível estabelecer contacto direto, auxiliaram na identificação da pessoa de referência. Em um dos casos não foi possível estabelecer contacto telefónico e, em dois casos, houve recusa de participação. Assim, ficaram integradas no projeto 21 pessoas, que aceitaram participar após assinatura livre e esclarecida do consentimento informado.

No total realizaram-se 21 visitas domiciliárias, previamente agendadas com os participantes, para recolha de dados. A aplicação do questionário teve lugar durante o mês de dezembro de 2024, num período de duas semanas.

Apesar do consentimento informado referir que o tempo estimado para o preenchimento do questionário seria de 30 minutos, em contexto real, durante as visitas domiciliárias, o tempo médio despendido por participante foi significativamente superior. Verificou-se que o processo completo, que incluiu a aplicação do questionário, a avaliação com escalas, e a criação de um ambiente de confiança essencial à interação, teve uma duração média de aproximadamente três horas.

Esta recolha de dados implicou atuar no espaço dominado pelo participante. Neste contexto particular, a atuação do enfermeiro é influenciada pelo perfil das pessoas no seu ambiente e pela lógica de organização no domicílio (Ávila et al., 2023), exigindo flexibilidade, criatividade e capacidade de se ajustar a uma realidade moldada por um ambiente que não pode ser previamente estruturado (Andrade et al., 2017).

A aplicação rigorosa do questionário e das escalas exigiu, em média, duas horas por visita, sendo o restante tempo influenciado por fatores externos como dificuldades auditivas, necessidade de companhia ou vontade de partilha por parte dos participantes e ainda a ocorrência de visitas de familiares ou amigos durante a colheita de dados. Esta discrepância entre o tempo estimado e o tempo real reflete a complexidade do trabalho de campo em populações vulneráveis, realçando a importância de um acompanhamento humanizado e respeitador da individualidade de cada pessoa idosa.

A recolha de dados foi operacionalizada através da realização das questões do questionário ao participante e preenchimento pela mestrandia. Para além dos fatores já mencionados, não existiu dificuldades acrescidas na compreensão das questões ou na obtenção de respostas, tendo os participantes respondido ao questionário na íntegra.

A mestrandia fez-se acompanhar de uma balança e uma fita métrica, com intuito de obter dados necessários ao cálculo de IMC. Para a aplicação das escalas de Morse, Braden e Barthel, foram avaliados os parâmetros preconizados em *Sclínico CSP*, e que constam do Apêndice II. Durante a aplicação do questionário foi possível avaliar alguns aspetos considerados nestas escalas, no entanto, foram solicitadas algumas atividades adicionais à pessoa com intuito de clarificar alguns itens da avaliação, nomeadamente caminhar pela casa.

Houve necessidade de clarificar as indicações do *Sclínico CSP*, no que respeita à avaliação cognitiva pelo Mini Cog Test. Os dois parâmetros a avaliar, número de palavras lembradas e teste do relógio, suscitaram dúvidas quanto à forma adequada de realização, que não estava indicada no sistema. Foi realizada uma pesquisa onde se concluiu que este instrumento foi desenvolvido por Borson e colaboradores (2000), e posteriormente traduzido em diversas línguas. Para orientar a execução foi seguida a tradução para português MINI-COG© (2020), utilizando assim a metodologia indicada pelos criadores do teste, Borson et al (2000). Neste sentido, a mestrandia fez-se acompanhar da lista de palavras validadas para a memorização da pessoa, e de uma folha de papel com um círculo pré-impresso no verso, com finalidade do teste do relógio (MINI-COG©, 2020).

No decorrer da recolha de dados, foi possível aplicar o questionário e todos os testes e escalas de avaliação aos 21 participantes.

2.2.1.3 Considerações éticas

Qualquer investigação, ao ser aplicada ao ser humano, é suscetível de levantar questões éticas e morais uma vez que pode causar danos aos direitos e liberdades da pessoa, pelo que estes princípios foram sempre tidos em consideração. Neste sentido, ao realizar este trabalho foi assumido um compromisso, com responsabilidade pessoal e profissional, para assegurar obrigatoriamente os direitos dos participantes envolvidos no estudo (Fortin, 2009). Este projeto tem por base o definido na Declaração de Helsínquia, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados.

A participação foi voluntária e, para garantir a confidencialidade dos participantes, o consentimento informado (Apêndice III), foi obtido antes de responder ao questionário.

Todos os dados recolhidos foram armazenados em local seguro, e serão destruídos num prazo máximo de 5 anos. Adicionalmente, apenas terão autorização de acesso aos mesmos a mestrande e equipa de orientação envolvida no presente projeto. Durante a elaboração do projeto e para divulgação de resultados não serão divulgados quaisquer dados que possam comprometer o anonimato dos participantes.

A implementação do projeto foi autorizada pela Coordenadora da USP (Anexo I), pela Enfermeira Gestora da USP (Anexo II) e pela Enfermeira Coordenadora da UCC (Anexo III), bem como pela Comissão de Ética e pelo Conselho de Administração da ULSAS (Anexo IV).

Após o integral cumprimento de todos os requisitos éticos, o estudo foi devidamente apresentado às 23 pessoas idosas elegíveis, tendo sido obtido o consentimento informado. Duas recusaram participar, fixando-se o número final de participantes em 21.

2.2.1.4 Tratamento de dados e resultados

O tratamento dos dados do questionário foi codificado e tratado com recurso ao software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 29.0.2.0. Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva. A estatística descritiva permite caracterizar os dados da amostra e dar resposta aos objetivos (Fortin, 2009). As respostas às perguntas abertas de resposta rápida foram organizadas por categorias e

assim criadas as variáveis no SPSS, definindo-se como *string*, com tamanho para 30 caracteres, sendo posteriormente criada uma tabela de frequências com os dados obtidos.

A amostra é constituída por 21 pessoas.

O tratamento de dados será enquadrado neste capítulo, separado pelas dimensões que constituem o questionário.

2.2.1.4.1 Resultados: Dimensão Sociodemográfica

Neste subcapítulo serão divulgados os resultados que advêm do tratamento de dados da dimensão sociodemográfica do questionário aplicado. O apêndice IX deste trabalho contempla todos os quadros de apoio, que refletem os resultados apresentados de seguida.

- **Caracterização pessoal e familiar**

Após análise do Quadro 1 constatamos que 76,2% dos inquiridos são do sexo feminino e 23,8% do masculino. De acordo com o Quadro 2, verificamos que a idade mínima dos participantes foi de 90 anos e a idade máxima foi de 97 anos, a moda foi 91 anos.

Quadro 1

Caracterização da amostra pelo sexo

Existência de filhos	N	%
Masculino	5	23,8%
Feminino	16	76,2%
Total	21	100%

Quadro 2

Caracterização da amostra pela idade

N	21
Média	92,48
Mediana	92,00
Moda	91
Desvio Padrão	2,015
Mínimo	90
Máximo	97

A nacionalidade dos inquiridos era maioritariamente Portuguesa (Apêndice IX, Quadro 19) e em termos de naturalidade, 28,6% das pessoas era natural da área de intervenção da UCC (Apêndice IX, quadro 20). Quanto ao estado civil dos participantes, 90,5% eram viúvos e 9,5% eram separados (Apêndice IX, quadro 21). Em termos de religião, 85,7% dos inquiridos eram católicos, enquanto 14,3% eram ateus (Apêndice IX, quadro 22). No que respeita a escolaridade, de acordo com o Quadro 3, verificamos que 57,1% das pessoas inquiridas apresentava o 1º ciclo completo. Apesar de 23,8% não ter o 1º ciclo de escolaridade completo, todas as pessoas sabiam ler e escrever (n=21).

Quadro 3

Escolaridade dos participantes

Escolaridade dos inquiridos	N	%
1º ciclo incompleto (não terminou 4ª classe)	5	23,8%
1º ciclo completo (4ª classe)	12	57,1%
2º ciclo (6º ano)	3	14,3%
Ensino Superior	1	4,8%

Conforme o Quadro 4, constatamos que 85,7% dos inquiridos tinha filhos. Importa salientar que, dos inquiridos com filhos, o valor máximo de filhos corresponde a 4, representado por 5,6% das pessoas. Com 1 filho, surgem 38,9 % das pessoas inquiridas, sendo este o valor mínimo de filhos (Apêndice IX, quadro 23).

Quadro 4

Existência de filhos pelos participantes

Existência de filhos	N	%
Não	3	14,3%
Sim	18	85,7%

Todos os participantes viviam sós há mais de 1 ano, sendo que 57,1% viviam sós há mais de 10 anos, conforme indica o Quadro 5. Antes de residirem sós, apenas 1 dos participantes vivia numa instituição, os restantes viviam com os cônjuges (Apêndice IX, quadro 24).

Quadro 5

Duração período em que vive só

Duração do período que vive só	N	%
Mais de 1 e menos de 3 anos	4	19,0
Mais de 3 e menos de 5 anos	3	14,3
Mais de 5 e menos de 10 anos	2	9,5
Mais de 10 anos	12	57,1
Total	21	100,0

- Caracterização socio profissional e económica**

No que respeita à situação profissional, dos 21 participantes, 4,8% (n=1) mantinha-se no ativo, sendo que os restantes estavam reformados (Apêndice IX, quadro 25). Existe um predomínio da profissão de operário fabril com cerca de 28,6% pessoas (n=6), o que em conjunto com as profissões de costureira/modista (19%; n=4) e empregada doméstica (14,3%; n=3), representam 61,9% dos participantes (Apêndice IX, quadro 26).

A situação financeira das pessoas inquiridas foi classificada maioritariamente como “Suficiente para as necessidades” (47,6%; n= 10). Foi considerada a situação como “confortável” por 33,3% das pessoas, enquanto 19% consideram que têm algumas dificuldades financeira (Apêndice IX, quadro 27).

No que diz respeito à existência de ajuda financeira, 61,9% (n=13) dos participantes não tinham esse apoio (Apêndice IX, quadro 28). Tendo em conta os inquiridos que recebiam ajuda financeira, 62,5% (n=5), recebiam apoio do Estado, 12,5% (n=1) recorriam à família e 25% (n=2) a ambos os apoios referidos (Apêndice IX, quadro 29).

- Caracterização das redes de apoio e sociabilidades**

No que diz respeito ao uso de telecomunicações, 81% dos participantes (n=17) tinham telefone fixo. Considerando o grupo de participantes com telefone fixo, apenas 1 deles tinha dificuldade em utilizá-lo (Apêndice IX, quadro 30).

Do total de participantes no estudo, 71,4% (n=15) assumiram ter telemóvel. Considerando os 15 participantes com telemóvel, 60% (n=9) referiam dificuldade de

utilização do mesmo (Apêndice IX, quadro 31). Quanto ao tipo de utilização do equipamento, 80% (n=12) apenas o utilizavam para chamadas telefônicas (Apêndice IX, quadro 32).

Dos inquiridos, 57,1% (n=12) já tiveram de pedir ajuda por emergência de saúde (Apêndice IX, quadro 33). Todos os inquiridos tinham pessoas de referência a quem pedir ajuda em caso de emergência (Apêndice IX, quadro 34), e 57,1% (n=11) tinham mais do que uma referência. O familiar foi indicado por 81% dos inquiridos, seguido dos vizinhos que foram referidos por 38,1% dos inquiridos (Apêndice IX, quadro 35).

Em termos da necessidade de apoio regular, 90,5% (n=19) dos participantes tinham apoio regular, e, considerando este grupo de 19 inquiridos, identificam-se 52,3% (n=11) que recorrem a mais do que uma pessoa para apoio regular. Constatamos que 84,2% das pessoas indicou um familiar na prestação de apoio regular, enquanto os vizinhos e o apoio domiciliário surgem como as duas figuras de apoio mais indicadas, a seguir à família (Apêndice IX, quadro 36).

O apoio prestado consistia essencialmente para realização das compras para a casa e apoio doméstico (Apêndice IX, quadro 37), com uma periodicidade diária para 73,7% dos participantes (Apêndice IX, quadro 38). Verificamos que 28,6% (n=6) participantes tem apoio pago (Apêndice IX, quadro 39).

Das 21 pessoas inquiridas, 95,2% (n=20) tinham atividades de lazer (Apêndice IX, quadro 40), das quais de destacam ver televisão e conviver com amigos que representam as atividades predominantes, sendo a frequência de realização maioritariamente diária (Apêndice IX, quadros 41 e 42).

Existia por parte de 81% dos participantes, deslocação regular ao exterior para usufruto de bens ou serviços (Apêndice IX, quadro 43), principalmente para recurso a serviços de saúde (88,2%, n=15), seguida com a mesma frequência de respostas (47,1%, n=8), deslocações à farmácia, café/ restaurante, cabeleireiro e mercearia/ mercado (Apêndice IX, quadro 44). A forma de deslocação ao exterior mais frequentemente indicada foi o transporte a cargo de familiares ou amigos, seguindo-se a opção de deslocação a pé (Apêndice IX, quadro 45).

2.2.1.4.2 Resultados: Dimensão Habitacional

Neste subcapítulo serão divulgados os resultados que advêm do tratamento de dados da dimensão habitacional do questionário aplicado. O apêndice X deste trabalho contempla os quadros de apoio, que refletem os resultados apresentados de seguida.

- **Características da habitação**

A dimensão habitacional pretende caracterizar o local onde as pessoas idosas vivem. Os resultados relativos às características da habitação estão evidenciados nos Quadros 46 e 47 do Apêndice X.

Em termos de regime de ocupação, constatamos que 76,2% das pessoas inquiridas (n=16) eram proprietárias das habitações. Viviam predominantemente em apartamentos (76,2%, n=16), habitações de 2 assoalhadas (76,2%, n=16) e com acesso por escadas (85,7%, n=18). Todos os participantes tinham abastecimento de água pública e água quente nas torneiras, conseguida através de esquentador em 95,2% dos participantes. Verificamos que existia depósito do lixo doméstico em contentores adequados por todos os participantes.

Todas as habitações tinham casa de banho interior, 57,1% tinham banheira e 42,9% poliban. Constatamos que todos os inquiridos reportaram que as suas habitações possuem cozinha, frigorífico, televisão, enquanto 81% tinha micro-ondas e 95,2% tinha fogão. Todos os participantes tinham sistemas de climatização, recorrendo habitualmente ao aquecedor elétrico (90,5%, n=19).

Relativamente à presença de desníveis, 85,7% das pessoas identificou desníveis na sua habitação, dos quais destacavam os tapetes em 88,9 % dos participantes. Verificamos que 33,3% tinham uma habitação que possibilita acesso a cadeira de rodas em caso de necessidade, e igualmente 33,3% tinham equipamentos de apoio à mobilidade, maioritariamente cadeira de banho (44,4%, n=4).

- **Existência de animais e vigilância veterinária**

No que diz respeito à coabitação com animais de estimação e vigilância veterinária dos mesmos, verificamos a existência de animais em coabitação com 14,3% (n=3) das pessoas (Apêndice X, quadro 48). Destes animais, 66,7% eram cães

e 33,3% eram gatos (Apêndice X, quadro 49). Nenhum destes animais fazia vigilância veterinária (Apêndice X, quadro 50).

2.2.1.4.3 Resultados: Dimensão Condição de Saúde

Neste subcapítulo serão divulgados os resultados que advêm do tratamento de dados da dimensão Condição de Saúde do questionário aplicado. O apêndice XI deste trabalho contempla os quadros de apoio, que refletem os resultados apresentados de seguida.

- **Antecedentes Pessoais**

Reportando à condição de saúde dos participantes, destaca-se a Hipertensão arterial (28,6%, n=18) e a Artrose (25,4%, n=16) como principais doenças reportadas (Apêndice XI, quadro 51).

A presença de dor foi indicada por 81% das pessoas inquiridas (n=17) (Apêndice XI, quadro 52), sendo a localização da dor maioritariamente indicada, nas “costas”, “coxa e joelho” e “pernas” (Apêndice XI, quadro 53). A frequência da dor foi classificada como “às vezes” em 58,9% dos inquiridos, seguido pelas frequências indicadas como “quase sempre” e “raramente” cada uma representada por 17,6% dos inquiridos (Apêndice XI, quadro 54).

Através da utilização da Escala Numérica da Dor, e tendo em consideração o Quadro 6, constatamos que a classificação da dor sentida pelos inquiridos tem um mínimo de 2 e máximo de 6 na escala mencionada. A média da dor corresponde a 3,53 e a mediana encontra-se na intensidade 3, manifestada por 29,4% dos participantes, seguido pela intensidade 2 e 4, cada uma representada por 23,5% dos inquiridos (Apêndice XI, quadro 55).

Quadro 6

Classificação da Escala da Dor

N	Válido	17
Média		3,53
Mediana		3,00
Moda		3
Mínimo		2
Máximo		6

Os participantes manifestaram nas suas respostas, dificuldades de visão e audição que interferem nas suas AVD. No que respeita a acuidade visual, 81%(n=17) tinham dificuldades visuais (Apêndice XI, quadro 56), e considerando este grupo de inquiridos, 70,6% (n=12) tinham impacto nas AVD, conforme mostra o Quadro 7. As atividades em que as pessoas mais consideraram existir impacto são a leitura e a costura (Apêndice XI, quadro 58).

Quadro 7

Impacto da diminuição da acuidade visual nas AVD

Impacto défice visual nas AVD	N	%
Não	5	29,4%
Sim	12	70,6%

Também 81% (n=17) dos participantes tinham défice na acuidade auditiva (Apêndice XI, quadro 59), com impacto nas AVD de 70,6% dos mesmos, conforme indica o Quadro 8. A audição do toque do telefone ou telemóvel e a comunicação com as pessoas destacam-se como as atividades impactadas pelo défice auditivo (Apêndice XI, quadro 60).

Quadro 8

Impacto da diminuição da acuidade auditiva nas AVD

Impacto déficit auditivo nas AVD	N	%
Não	5	29,4%
Sim	12	70,6%

No que diz respeito à ocorrência de quedas nos últimos 3 meses, verificamos através do Quadro 9, que 33,3% das pessoas idosas teve uma queda nos últimos 3 meses (n=7).

Quadro 9

Prevalência de quedas nos últimos 3 meses

Quedas nos últimos 3 meses	N	%
Não	14	66,7%
Sim	7	33,3%

- **Consumos**

Reportando aos consumos dos participantes, 19% (n=4) consumia bebidas alcoólicas (Apêndice XI, quadro 61). Destes 4 participantes, todos consumiam vinho, com duração de consumo superior a 20 anos (Apêndice XI, quadro 63 e 64). Em termos de quantidade, verificamos que 50% das pessoas inquiridas ingeriam menos de 250ml/dia e os outros 50%, entre 250ml a 500ml por dia (Apêndice XI, quadro 62). Quanto ao consumo de tabaco, não existiam fumadores ativos entre os participantes, existindo 9,5% de pessoas ex-consumidoras (Apêndice XI, tabela 65). Nenhum dos participantes reportou consumo de drogas (Apêndice XI, tabela 66).

- **Gestão regime terapêutico**

A gestão do regime terapêutico contempla a gestão do regime de exercício, gestão do regime medicamentoso e gestão do regime dietético.

- **Gestão regime exercício**

No que respeita a prática de exercício físico, 81% (n=17) das pessoas inquiridas não o praticava, conforme mostra o Gráfico 1. Tendo em conta os 4 inquiridos que

praticavam exercício físico, 75% (n=3) faziam-no 1 a 2 dias por semana e 25% (n=1) realizavam exercício físico 3 a 4 vezes por semana (Apêndice XI, tabela 68). Os exercícios praticados eram alongamentos (33%) caminhadas (33%) e recurso a equipamentos de manutenção estáticos (33%) (Apêndice XI, tabela 67).

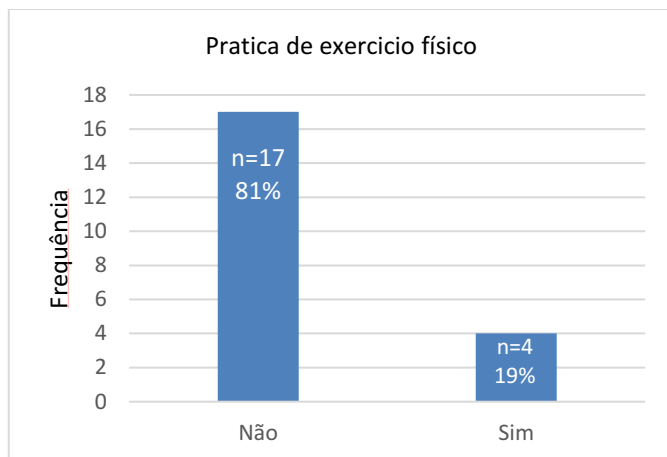


Gráfico 1

Pratica de exercício físico pelos participantes

○ **Gestão regime medicamentoso**

Reportando à toma de medicação, verificamos que 95,2% dos participantes (n=20) tomava habitualmente medicação (Apêndice XI, quadro 69), maioritariamente mais de 6 medicamentos diferentes (45%, n=9) (Apêndice XI, gráfico 8). A compra da medicação era principalmente realizada pelos familiares em 56% dos casos (Apêndice XI, quadro 70), enquanto a preparação ficava essencialmente a cargo da própria pessoa conforme mostra o Gráfico 2.

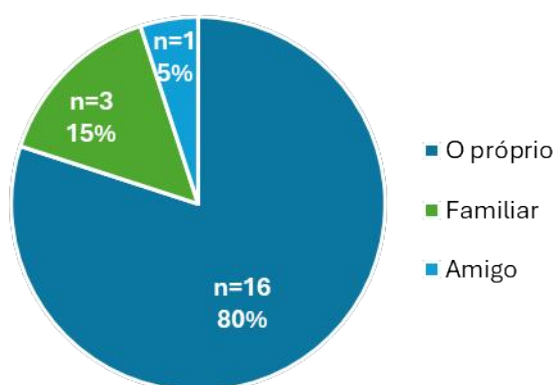


Gráfico 2

Quem prepara a medicação

Verificamos que 65% (n=13) das pessoas inquiridas assumia situações de falhas na toma da terapêutica. Estas situações eram esporádicas para a maioria dos casos (38,5%, n=5), embora 30,7% (n=4) assumisse que sucedia 2 a 3 vezes por semana (Apêndice XI, gráfico 9). A toma da medicação num horário diferente do prescrito e a falha na toma da medicação por esquecimento eram as duas principais situações apontadas pelos participantes. Importa destacar que estas ocorrências sucediam essencialmente nas pessoas que são responsáveis pela preparação da sua própria medicação, conforme mostra o Quadro 10.

Quadro 10

Situações associadas à toma da medicação

Situações associadas à toma da medicação	N	%	% casos
Toma medicamentos sem indicação do médico	3	8,1%	15,0%
Toma quantidade de medicamentos diferente do indicado pelo médico	5	13,5%	25,0%
Toma medicamentos num horário diferente do indicado pelo médico	10	27,0%	50,0%
Não toma medicamentos por achar que já não precisa	1	2,7%	5,0%
Não toma medicamentos por esquecimento	10	27,0%	50,0%
Não toma medicamentos por se sentir mal quando os toma	1	2,7%	5,0%
Nunca ocorreu nenhuma das situações	7	18,9%	35,0%
Total	37	100,0%	185,0%

○ **Gestão regime dietético**

No que diz respeito à gestão do regime dietético, constatamos que a confeção e preparação de refeições era maioritariamente realizada pelas próprias pessoas inquiridas, tendo sido mencionada essa resposta por 71,4% dos participantes. Este aspeto, considerou o facto de 52,4% dos inquiridos não depender de uma única opção de apoio, tendo recursos alternativos de outras pessoas, instituições e restaurantes. Das respostas obtidas, a confeção e preparação pelo familiar e por uma instituição de apoio

assumiram relevância, tendo a opção do familiar sido apontada por 28,6%, e a instituição por 23,8% dos inquiridos (Apêndice XI, quadro 72).

A dificuldade em ingerir alimentos foi manifestada por 61,9% das pessoas (n=13), maioritariamente na mastigação (Apêndice XI, quadros 73 e 74). A prótese dentária era usada por 85,7% (n=18) das pessoas, sendo todas removíveis (Apêndice XI, quadro 75).

Os inquiridos realizavam um número de refeições diárias que variam entre as 4 (29%, n=6) e 6 (33%, n=7), estando o valor de moda nas 5 refeições que corresponde a 38% (n=8) das pessoas inquiridas (Apêndice XI, gráfico 10). Os intervalos horários entre refeições mencionado era maioritariamente de 2 a 3 horas (Apêndice XI, quadro 76).

Por sua vez, a ingestão de água foi indicada por 95,2% das pessoas, embora 4,8% optasse pela substituição por chá (Apêndice XI, quadro 78). Em termos de quantidade ingerida, os participantes mencionaram que se situa entre menos de 0,5 litro (42,9%, n=9) e 0,5 litro a 1 litro (57,1%, n=12) (Apêndice XI, quadro 79). Quanto ao consumo de sal, 38,1% (n=8) dos participantes consideraram ter cuidado com sal “sempre” e 38,1%, (n=8) indicaram a resposta “por vezes”, destacando que 23,8% (n=5) assumiu não ter cuidado com o sal (Apêndice XI, quadro 80).

Todos as pessoas inquiridas consumiam alimentos de origem animal (Apêndice XI, quadro 81), sendo a frequência de consumo de carne e peixe diária para 61,9% (n=13) e de 4 a 6 vezes por semana para 31,8% (n=8) dos inquiridos (Apêndice XI, quadro 82). O consumo de ovos era maioritariamente de 1 a 3 vezes por semana, o que corresponde a 71,4% (n=15) dos participantes (Apêndice XI, quadro 83). Quanto ao leite e seus derivados, a frequência do consumo era de 4 a 6 vezes por semana em 47,6% (n=10) das pessoas inquiridas e de 1 a 3 vezes por semana em 38,1% (n=8). Apenas 14,3% (n=3) consumia leite e derivados diariamente (Apêndice XI, quadro 84).

No que diz respeito ao consumo de frutas e legumes, 87% (n= 17) dos inquiridos indicou um consumo diário (Apêndice XI, quadro 85), enquanto o consumo de leguminosas pelos participantes tinha uma frequência de 1 a 2 vezes por semana (47,6%, n=10), seguido de 3 a 4 vezes por semana (33,3%, n=7) (Apêndice XI, quadro 86).

A frequência de consumo de pão e os cereais foi indicada como diária para 95,2% das pessoas inquiridas (Apêndice XI, quadro 88). Por sua vez, a frequência de consumo de arroz, massa e batata era de 3 a 4 vezes por semana para 71,4% dos inquiridos (Apêndice XI, quadro 87).

O consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas foi mencionado por 71,4%, dos inquiridos (n=15) (Apêndice XI, quadro 91), sendo a frequência de consumo maioritariamente 3 a 4 vezes por semana (Apêndice XI, quadro 92). Por sua vez, foi referido o consumo de bebidas açucaradas por 38,1% dos inquiridos (n=8) (Apêndice XI, quadro 89), que maioritariamente não consumiam todas as semanas (Apêndice XI, quadro 90). Por último, quanto ao consumo de gorduras saturadas e insaturadas, a frequência de consumo predominante considerada foi de 3 a 4 vezes por semana (Apêndice XI, quadros 93 e 94).

- Dados Antropométricos**

De acordo com o Quadro 11, verificamos que o cálculo de IMC mínimo dos participantes foi de 19,6 (peso normal) e o máximo foi de 32 (obesidade). A média do cálculo de IMC remete para a condição de excesso de peso. Constatamos através do Quadro 12, que a moda foi um IMC com resultado de peso normal (42,9%, n=9), no entanto, importa considerar os 38,1% (n=8) com excesso de peso e 19% (n=4) com obesidade.

Quadro 11

Peso, altura e IMC dos participantes

Peso, altura e IMC	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Peso	21	45,00	81,00	63,36	11,24
Altura	21	1,43	1,70	1,56	0,08
IMC	21	19,60	32,00	25,95	3,77

Quadro 12

IMC dos participantes

IMC dos participantes	N	%
Peso normal (maior de 18,5 e menor que 24,9)	9	42,9
Excesso de Peso (igual a 25 e menor que 29,9)	8	38,1
Obesidade (superior a 30kg/m ²)	4	19,0
Total	21	100,0

- Utilização de serviços de saúde**

Em termos de utilização dos serviços de saúde, o centro de saúde para 29,4% dos inquiridos e o hospital público para 23,5%, eram os serviços onde os participantes habitualmente recorrem quando necessitam de cuidados de saúde; seguindo-se o INEM com 17,6% e a farmácia com 11,8% de respostas das pessoas inquiridas (Apêndice XI, quadro 95). Entre os principais motivos de recurso aos serviços de saúde encontravam-se os pedidos de receituário para 47,5% dos participantes, seguido das consultas de vigilância de saúde para 37,5% dos mesmos (Apêndice XI, quadro 96).

Constatamos que 9,5% (n=2) dos inquiridos tiveram internamentos no último ano (Apêndice XI, quadro 97), indicando a ocorrência de 1 a 2 episódios (Apêndice XI, quadro 98). Em termos de recurso ao serviço de urgência no último ano, 33,3% (n=7) dos participantes teve essa necessidade de recurso (Apêndice XI, quadro 99), todos numa frequência de 1 a 2 vezes no ano (Apêndice XI, quadro 100).

- Eliminação/ Uso de sanitários**

No que diz respeito à eliminação, todos os inquiridos eram independentes na eliminação vesical e intestinal (Apêndice XI, quadros 101 e 103). Apenas 1 participante utilizava um recurso de apoio à eliminação vesical, a fralda (Apêndice XI, quadro 102).

- Sono e Repouso**

No que diz respeito às horas de sono, 61,9% (n=13) dos participantes indicaram que dormiam 6 a 8 horas, enquanto 19% dormia menos de 6 horas, e igualmente 19%,

de 9 a 11 horas (Apêndice XI, quadro 105). O local onde os inquiridos dormem foi indicado como sendo a cama em 95,2% dos inquiridos, enquanto 1 dos inquiridos indicou dormir no sofá (Apêndice XI, quadro 104).

A medicação para dormir era utilizada por 85,7% das pessoas (n=18), com uma toma diária em 66,7% dos inquiridos (n=12) (Apêndice XI, quadros 106 e 107).

- **Hábitos de Higiene**

No que diz respeito à higiene, mais especificamente a toma de banho, 81% (n=17) dos participantes indicou a realização dessa atividade 1 a 2 vezes por semana, enquanto 19% (n=4) tinha uma frequência de 3 a 4 vezes por semana (Apêndice XI, quadro 108). Quanto à higiene oral, 57,1% (n=12) dos inquiridos tinha uma frequência de 1 vez por dia, enquanto 38,1% indicaram uma frequência de 2 vezes por dia e 4,8% em dias alternados (Apêndice XI, quadro 109).

2.2.1.4.4 Resultados: Dimensão Psicossocial

Neste subcapítulo serão divulgados os resultados que advêm do tratamento de dados da dimensão psicossocial do questionário aplicado. O apêndice XII deste trabalho contempla os quadros de apoio, que refletem os resultados apresentados de seguida.

Nesta dimensão psicossocial, os resultados obtidos refletem a forma como os participantes encaram a vivência a sós. De acordo com o Gráfico 3, verificamos que 61,9% (n=13) dos inquiridos não se sentiam bem a viver sozinhos. Deste grupo de pessoas, 76,9% (n=10) não tentou mudar a situação (Apêndice XII, quadro 111), por receio em não ser compreendido (18,2%), não querer mudar a situação (18,2%) e 63,6% por outras causas (Apêndice XII, quadro 114). Considerando este último grupo, constatamos que as “outras causas” indicadas como motivos de não mudar a situação, estão maioritariamente relacionadas com a falta de intenção de ser institucionalizado, resposta indicada por 42,9% (n=3) dos inquiridos. A vontade de ficar na sua casa foi indicada por 28,6%, (n=2) dos participantes, enquanto 14,3% (n=1) justificou não pretender incomodar os filhos, e na mesma proporção de inquiridos, 14,3% (n=1) considerava ter pouco tempo de vida (Apêndice XII, quadro 115).

Constatou-se que 23,1% (n=3) dos participantes realizaram uma tentativa de mudar a situação de viver só. As opções tomadas para mudar essa situação foram pedidos de apoio a filhos, instituições de apoio a pessoas idosas e procura de parceiro/companheiro (Apêndice XII, quadro 112 e 113).

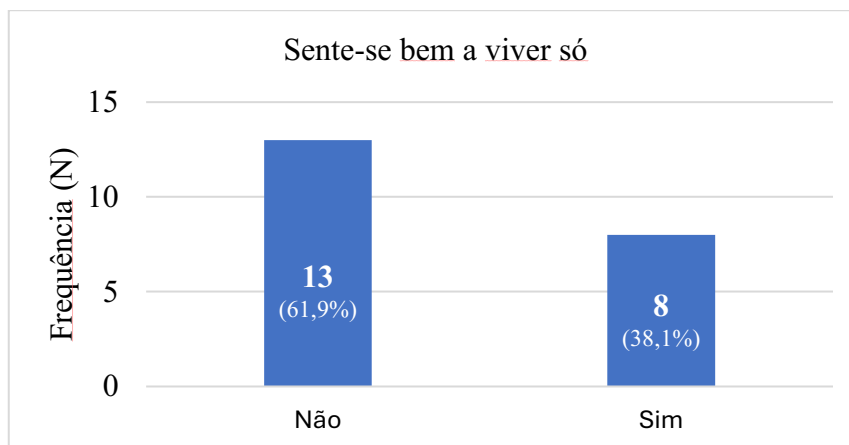


Gráfico 3

Respostas à questão: "Sente-se bem a viver só?"

No que respeita a capacidade de viver sozinho, constatamos que 57,1% das pessoas inquiridas (n=12) consideram não ter capacidade de viver só, conforme mostra o Gráfico 4. Deste grupo de pessoas, 66,7% (n=8) não tentou mudar a sua situação (Apêndice XII, quadro 117) por receio em não ser compreendido (10%), não querer mudar a situação (30%) e 60% por outras causas (Apêndice XII, quadro 119). Verificamos que, entre as outras causas estão, mesma proporção de 33,3% (n=2), a falta de intenção de sair de sua casa e não pretender incomodar os filhos. A falta de vontade de ser institucionalizado e o facto de considerar ter pouco tempo de vida surgiram como causas apontadas por 16,7% (n=1), cada uma delas. (Apêndice XII, quadro 120). Dos 33,3% (n=4) que realizaram uma tentativa de mudar a situação de viver só, as opções tomadas foram solicitações de apoio a filhos e instituições de apoio a pessoas idosas (Apêndice XII, quadro 118).

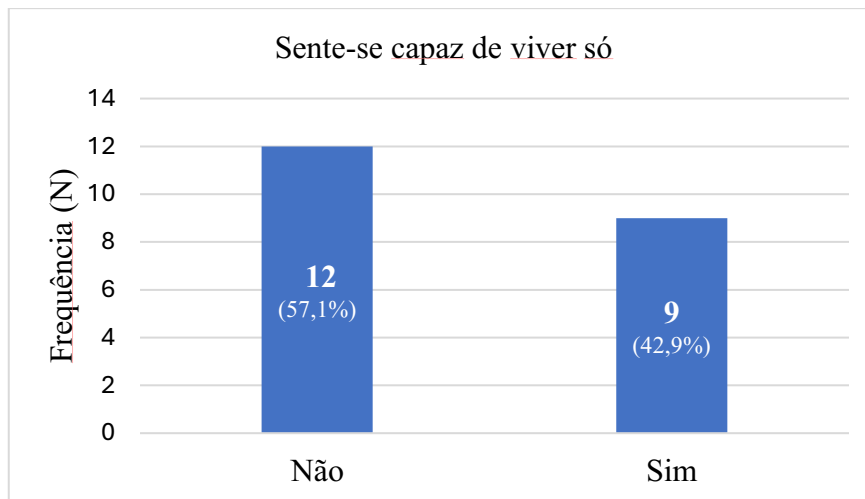


Gráfico 4
 Respostas à questão: "Sente-se capaz de viver só?"

2.2.1.4.5 Resultados: Instrumentos complementares

Neste subcapítulo serão divulgados os resultados que advêm do tratamento de dados dos instrumentos complementares do questionário aplicado. O apêndice XIII deste trabalho contempla os quadros de apoio, que refletem os resultados apresentados de seguida.

- Avaliação Mini Cog test**

Todos os participantes foram avaliados cognitivamente pelo Mini Cog Test, com resultado Negativo para défice cognitivo para a totalidade das pessoas avaliadas (Apêndice XIII, quadro 121).

- Avaliação Capacidade de Autocuidado (Escala de Barthel)**

A avaliação da capacidade de autocuidado foi obtida pela Escala de Barthel e, conforme Gráfico 5, verificamos que 47,6% (n=10) dos participantes tinham uma dependência ligeira, seguido de 33,3% (n=7) considerados independentes e 19% (n=4) com uma dependência moderada. Os resultados precisos do cálculo da Escala de Barthel constam do Apêndice XIII, Quadro 123.

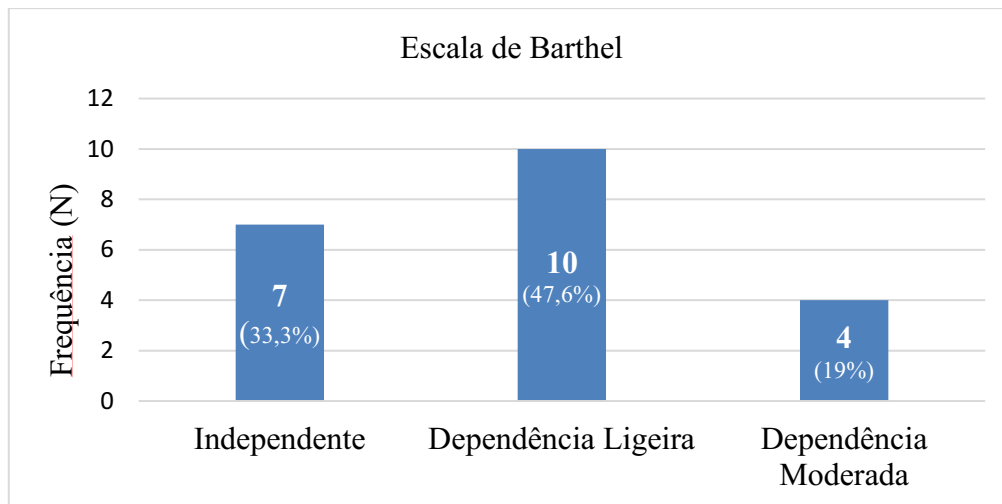


Gráfico 5
Escala de Barthel

- **Avaliação da Escala de Braden**

A avaliação do risco de úlceras por pressão pela escala de Braden revela que 71,4% dos participantes (n=15) tinham um baixo risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, enquanto 28,6% (n=6) foram considerados sem risco, conforme mostra o Gráfico 6.

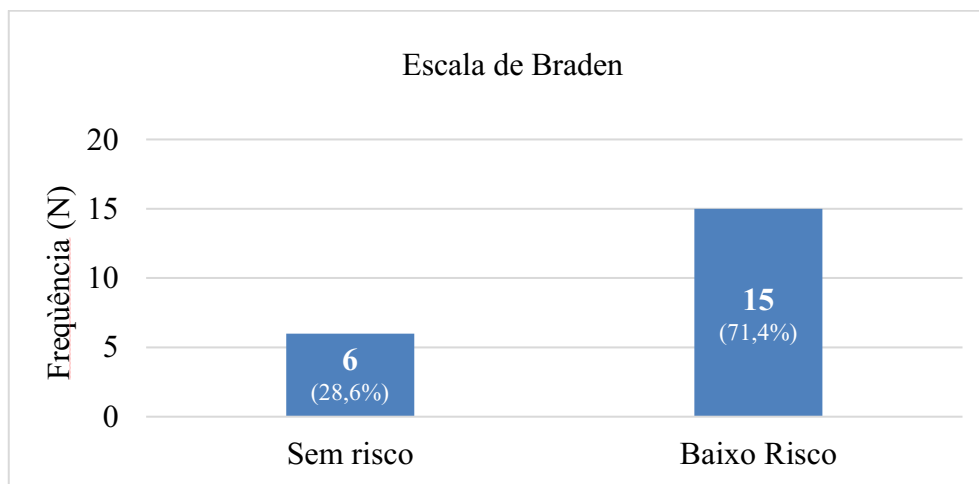


Gráfico 6
Escala de Braden

- **Avaliação da Escala de Morse**

Tendo em consideração a avaliação da escala de Morse aos participantes, verificamos através do Gráfico 7, que 57,1% (n=12) apresenta um médio de risco de

quedas, seguido de 28,6% (n=6) com alto risco e 14,3% (n=3) com baixo risco de queda entre as pessoas avaliadas.

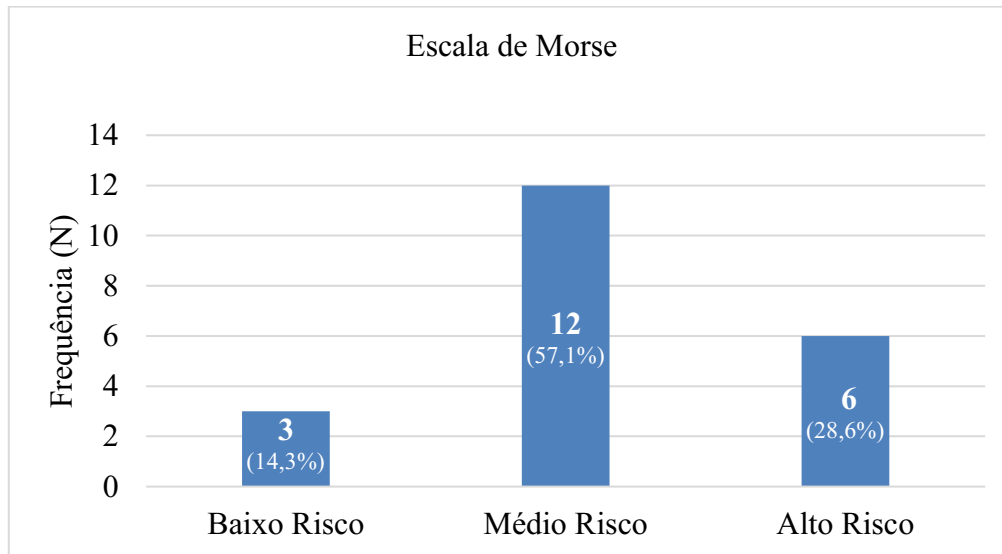


Gráfico 7
Escala de Morse

Através do tratamento de dados e dos resultados obtidos foram estabelecidos os alicerces das próximas fases do projeto de intervenção. Nos próximos subcapítulos pretendemos realçar as tomadas de decisão, contextualizadas e alinhadas com as reais necessidades identificadas.

2.2.2 Determinação de prioridades

A definição de prioridades visa selecionar os problemas de saúde que poderão ser resolvidos (Imperatori & Giraldes, 1993) e otimizar os recursos existentes e os resultados obtidos (Tavares, 1992). Na etapa do diagnóstico da situação foram identificados os problemas e nesta fase pretende-se que sejam hierarquizados procurando uma técnica de determinação de prioridades que determine o problema que se deverá resolver em primeiro lugar (Tavares, 1992).

É importante que o EEESCSP atue na priorização de projetos com base no diagnóstico, de forma a ir ao encontro das necessidades da comunidade (Melo, 2020). Mas, a priorização dos problemas identificados não se limita à hierarquização dos mesmos, implica também a valorização de ações que possam efetivamente conduzir a

ganhos em saúde e para isso, existem dois aspetos a ter em conta, a dimensão temporal e a disponibilidade de recursos (Nunes, 2016).

Por forma a obtermos uma lista de problemas prioritários, Melo (2020) refere que estes devem ser organizados e devidamente hierarquizados. Neste sentido, foram identificados e priorizados os seguintes problemas:

- Risco de queda elevado - 57,1% com médio risco de queda e 28,6% com alto risco; 33,3% das pessoas idosas teve uma queda no domicílio nos 3 meses anteriores;
- Gestão do regime terapêutico comprometida - 50% das pessoas assume ter falhas na toma da medicação por esquecimento;
- Exercício físico comprometido - 81% das pessoas idosas não pratica exercício físico regular;
- Audição comprometida - 81% das pessoas idosas com défice visual e auditivo;
- Risco de solidão - 61,9% das pessoas idosas não se sentem bem a viver sozinhas.

Para garantir a objetividade do método, foi seleccionada a Grelha de Análise que permite determinar prioridades com base em critérios como: importância do problema, relação problema/ fator de risco, capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto. Este método permite atribuir uma classificação de mais (+) ou de menos (-), de forma sequencial, aos vários critérios, para cada problema identificado (Tavares, 1992), através da ordenação dos problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas (Pineault e Daveluy, 1992). O valor de 1 corresponde à prioridade máxima (Tavares, 1992).

A aplicação da grelha foi suportada pelos pareceres de cinco enfermeiros peritos: quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e 1 enfermeira especialista em reabilitação e coordenadora de enfermagem da UCC. Estes profissionais, com diferentes áreas de intervenção comunitária, contribuíram para uma análise mais rica e contextualizada (Sousa et al., 2017b).

Através deste processo participativo, foi possível discutir e aplicar os requisitos de forma criteriosa, permitindo a ordenação consensual dos cinco problemas com maior relevância para intervenção. Todos os elementos do grupo concordaram quanto à importância dos cinco problemas e à sua associação a fatores de risco.

No entanto, algumas limitações foram identificadas durante a análise. A gestão do tempo disponível para o projeto e as limitações físicas das pessoas idosas impossibilitaram o desenvolvimento de uma intervenção centrada exclusivamente na promoção do exercício físico. Paralelamente, os problemas relacionados com solidão e défices auditivos foram considerados difíceis de resolver exclusivamente com intervenções de enfermagem, dada a sua complexidade e natureza multidimensional.

Deste modo, a priorização final resultou da discussão fundamentada e da aplicação sequencial dos critérios de cada elemento do grupo, culminando num consenso. Os resultados obtidos encontram-se sistematizados no Quadro 13, que apresenta a ordenação dos problemas e a respetiva prioridade estabelecida para este projeto de intervenção comunitária.

Quadro 13
Grelha de Análise

Problema	Diagnóstico CIPE	Importância do problema	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica para resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Resultado
Risco de queda	Risco de queda elevado	+	+	+	+	1
Falhas toma terapêutica	Gestão do regime terapêutico comprometida	+	+	+	+	1
Falta de atividade física	Exercício físico comprometido	+	+	+	-	2
Impacto défice audição nas AVD	Audição comprometida	+	+	-	-	4
Não se sente bem a viver só	Risco de solidão	+	+	-	-	4

Foram definidos dois problemas prioritários para intervenção: “Risco de queda elevado” e “Falhas na toma da terapêutica”. Após a discussão com o grupo de peritos, optou-se por intervir no diagnóstico “*Risco de queda elevado*”, principalmente devido ao carácter multifatorial da queda, o qual justifica a implementação de estratégias de prevenção orientadas para o controlo dos fatores de risco conhecidos (Bernardes, 2023).

A evidência científica sustenta que a ocorrência de quedas em pessoas idosas aumenta com o processo natural de envelhecimento, da pluripatologia e polimedicação. Assim, uma gestão adequada da terapêutica é essencial para a minimização destes riscos (Silva, 2023). Por sua vez, o défice na mobilidade, na força, na marcha e no equilíbrio da pessoa idosa é também identificado como importante fator de risco relevante, sendo passível de melhoria através da prática de exercício físico individualizado (Pedreira et al., 2023).

Considerando apenas as 18 pessoas idosas que têm médio e alto risco de queda, 17 (94,4%) tomam regularmente medicação. Conforme demonstrado no Quadro 14, das pessoas que tomam medicação de forma regular e apresentam uma avaliação de médio ou alto risco de queda, 64,7% referem falhas na toma da medicação. Em termos de prática de exercício físico, 88,9% (n=16) das pessoas com avaliação de médio ou alto risco de queda, não praticam exercício físico regularmente (Quadro 15).

Quadro 14

Falhas na toma da medicação em pessoas com médio/ alto risco de queda

Ocorrência de falhas na toma da medicação em pessoas com médio/ alto risco de queda	N	%
Não	6	35,3
Sim	11	64,7
Total	17	100,0

Quadro 15

Prática de exercício físico por pessoas com médio ou alto risco de queda

Prática de exercício físico por pessoas com médio ou alto risco de queda	N	%
Não	16	88,9
Sim	2	11,1
Total	18	100,0

Neste sentido, e com o objetivo de enriquecer este projeto e garantir a sua continuidade, os diagnósticos “Gestão do regime terapêutico comprometida” e “Exercício físico comprometido” foram considerados como complementares à intervenção no problema priorizado.

2.2.3 Fixação de objetivos

É importante determinar a tendência natural do problema para que se possa definir os objetivos que se pretendem alcançar e concretizá-los em metas realistas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1992).

Tavares (1992) refere quatro características estruturais na formulação de um objetivo: pertinência, precisão, ser realizável e mensurável. A exclusão de uma avaliação criteriosa destes critérios de construção de um objetivo, pode comprometer a validade e viabilidade do projeto (Melo, 2020). O objetivo geral reflete a situação que se pretende alcançar, e por sua vez os objetivos específicos detalham alguns aspetos mais elementares a alcançar nessa situação (Melo, 2020). Nesta sequência surgem as metas que garantem a operacionalização dos objetivos previamente definidos (Nunes, 2016).

Através da determinação de objetivos é ainda possível aferir vários tipos de indicadores num projeto de intervenção comunitária, indicadores esses que servem para medir os objetivos (Melo, 2020). Um indicador constitui a relação entre um resultado esperado e uma população em risco, podendo distinguir-se dois tipos de indicadores: de resultado (ou impacto) e de atividade (ou execução) (Nunes, 2016).

Os indicadores de resultado são fórmulas de medir a alteração verificada num problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Por sua vez, os indicadores de atividade visam medir a execução das atividades propostas, são indicadores essencialmente quantitativos, que permitem uma avaliação regular das atividades realizadas até à fase de avaliação do projeto (Nunes, 2016).

O Quadro 16 apresenta o objetivo geral definido para este projeto, assim como quatro objetivos específicos. Por forma a representar o resultado pretendido com as atividades planeadas na intervenção, estabeleceram-se objetivos operacionais, revestidos em indicadores, que foram aplicados na fase de avaliação do projeto.

Quadro 16

Objetivos e indicadores de resultado e atividade

Objetivo Geral: Promover, até ao dia 31 de janeiro de 2025, a capacitação das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, para adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda no contexto comunitário			
Objetivos específicos	Objetivos Operacionais	Indicadores de resultado	Indicadores de atividade
Promover a consciencialização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, para os principais fatores de risco de queda e para a adoção de medidas preventivas, através da realização de sessões educativas e da distribuição de material informativo, até 31 de janeiro de 2025	- Assegurar a realização de pelo menos uma sessão de educação para a saúde às pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, até 31 de janeiro de 2025; - Assegurar que pelo menos 50% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, demonstrem ter adquirido conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas avaliados através da realização de visita domiciliária de avaliação e aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos; - Garantir que pelo menos 75% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós e seus cuidadores, fiquem satisfeitos com a sessão de educação para a	- Percentagem (%) de participantes que demonstraram aumento de conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas após a intervenção educativa; - % de participantes satisfeitos com a sessão de educação para a saúde; - % de participantes que referem ter consultado as informações contidas nos materiais didáticos fornecidos; - % de participantes que referem ter intenção de aplicar as informações contidas nos materiais didáticos fornecidos.	- Número de sessões educativas realizadas com pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, até 31 de janeiro de 2025; - Número de participantes (pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós e seus cuidadores) presentes nas sessões educativas; - Número de questionários de satisfação aplicados; - Número de materiais informativos (folhetos, guias) distribuídos aos participantes;

	saúde, quanto à utilidade, clareza da exposição e adequação da duração; - Assegurar que seja distribuído material educativo sobre prevenção de quedas a pelo menos 75% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, envolvidas na intervenção.		- Número de visitas domiciliárias realizadas para avaliação e aplicação do questionário de conhecimentos;
Promover a adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, até 31 de janeiro de 2025.	Garantir que pelo menos 50% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, e/ou os seus cuidadores, apresentem evidência de redução de pelo menos um fator de risco de queda no contexto comunitário.	- % de participantes que apresentem evidência de redução de redução de pelo menos um fator de risco de queda no contexto comunitário, após a intervenção.	- N.º de intervenções educativas individualizadas (ex: demonstrações, orientações práticas) realizadas no domicílio; - N.º de visitas realizadas às pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós para monitorização e apoio à adoção de comportamentos preventivos; - N.º de planos individuais de prevenção de quedas elaborados em colaboração com os idosos e/ou cuidadores;
Promover o envolvimento de instituições de apoio comunitário, através da sensibilização para criação de parcerias na adoção de medidas que contribuam para a redução dos fatores de risco de	Realizar pelo menos uma reunião de apresentação do projeto e proposta de parceria a uma instituição de apoio comunitário, até 31 de janeiro de 2025.	Número de instituições de apoio comunitário contactadas que formalizaram o interesse no projeto de intervenção.	- N.º de reuniões realizadas com instituições de apoio comunitário para apresentação do projeto e proposta de parceria;

queda, até 31 de janeiro de 2025.			
Sensibilizar as equipas de enfermagem das unidades funcionais USP, UCC e USF para a intervenção do EEESCSP na prevenção de quedas na pessoa idosa com idade igual ou superior a 90 anos a viver só, até 31 de janeiro de 2025.	Divulgar e fornecer os materiais didáticos elaborados sobre a prevenção de quedas às unidades funcionais USP, UCC e USF envolvidas no projeto, até 31 de janeiro de 2025.	Número de unidades funcionais que receberam os materiais didáticos no âmbito da intervenção.	- Número de unidades funcionais que receberam os materiais didáticos (entrega física ou digital); - Número de sessões ou reuniões de sensibilização realizadas com as equipas de enfermagem das unidades funcionais;

Porém, dada a limitação temporal do estágio, não foi possível avaliar indicadores de resultado final, como por exemplo, a redução de quedas. Assim, optou-se por utilizar indicadores de resultado imediato e intermédio, que permitem inferir o potencial impacto da intervenção a curto prazo, nomeadamente a aquisição de conhecimento e a perceção de utilidade dos conteúdos abordados. Apesar da satisfação com a sessão não constituir, por si só, um indicador de resultado, considera-se um fator facilitador da mudança. A literatura evidencia que participantes mais satisfeitos com uma intervenção educativa apresentam maior probabilidade de reter a informação e aplicar os conhecimentos adquiridos, o que justifica a inclusão.

2.2.4 Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é, uma etapa primordial no processo de Planeamento em Saúde, pois pretende estruturar a forma mais adequada de intervir face aos problemas identificados (Imperatori & Giraldes, 1993). Pretende-se que essa determinação de estratégia constitua um “(...) conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

No presente projeto, a seleção de estratégias foi orientada pelo diagnóstico de situação, que evidenciou desvios significativos na saúde de pessoas idosas com 90 ou mais anos a viver sós. Estes desvios comprometem um dos seis requisitos universais de autocuidado descritos por Dorothea Orem, nomeadamente a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano (Orem, 2001).

Com base na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, a intervenção deverá oscilar entre um sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação uma vez que, para atingir os objetivos propostos, é requerida não só a atuação do enfermeiro, mas também o envolvimento ativo da própria pessoa idosa (Orem, 2001).

Para Orem, os métodos de apoio do enfermeiro incluem: agir por ou com a pessoa; orientar e dirigir; prestar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e, ensinar (Almeida et al, 2019; Petronilho, 2012).

Importa realçar que a população idosa é essencialmente indicada para a aplicação desta teoria, seja em ambiente clínico ou comunitário, pela diversidade de desafios em saúde que apresenta, incluindo a necessidade de promoção de autocuidado (Taylor, 2004).

Com o objetivo de sustentar esta fase de planeamento do projeto de intervenção, foi realizada uma revisão da literatura na temática da prevenção de quedas em pessoas idosas que vivem sozinhas, alinhado com o objetivo geral que remete para o controlo e redução de fatores de risco para a ocorrência de quedas neste grupo populacional. Esta análise crítica da evidência científica constituiu a primeira etapa da seleção de estratégias, assegurando fundamentação teórica, atual e contextualizada para as intervenções propostas.

Com base nos estudos analisados, identificaram-se áreas estratégicas prioritárias de intervenção, agrupadas em eixos temáticos que refletem os principais determinantes do risco de queda no domicílio. A seguir, apresenta-se a análise dessas áreas, com destaque para as intervenções mais relevantes no contexto da enfermagem comunitária.

- **Avaliação e modificação dos fatores de risco**

De uma forma transversal aos estudos analisados, verifica-se que a prevenção de quedas passa, prioritariamente pela identificação, avaliação e gestão dos fatores de risco, físicos, ambientais, sociais e psicológicos, que contribuem para a sua ocorrência em contexto domiciliário (Alves et al., 2022; ESEP, 2020; Fernandes dos Santos et al., 2021; Lage et al., 2023; Lana & Kuhn, 2018; Maduro & Figueiredo, 2021, Maia et al., 2023; Miranda et al., 2019; Park et al., 2024; Sousa et al., 2017a).

Maduro e Figueiredo (2021), na sua scoping review, reforçam o papel do EEESCSP na educação para a saúde de idosos e cuidadores, com foco na avaliação das condições habitacionais. Os autores sublinham a importância da individualização da intervenção com base no histórico de quedas e nos fatores de risco específicos de cada pessoa, tal como também evidenciado por Lage et al. (2023), que desenvolveram um modelo preditivo para idosos que vivem sós, sublinhando a complexidade da modificação do ambiente físico. Neste sentido, Fernandes dos Santos et al. (2021) corroboram estas evidências e acrescentam que a visita domiciliária constitui um instrumento privilegiado de avaliação e intervenção. Esta prática permite ao

enfermeiro identificar riscos que, frequentemente, não são detetáveis em contextos institucionais ou em consultas convencionais. Além disso, os autores destacam o potencial educativo da visita domiciliária, sublinhando a sua importância na promoção da segurança da pessoa idosa no seu contexto real de vida.

- **Educação para a saúde e envolvimento da comunidade**

A educação para a saúde é recorrentemente identificada como uma das estratégias mais eficazes na prevenção de quedas, apesar das dificuldades associadas à consciencialização da pessoa idosa quanto aos riscos (Miranda et al., 2019). A literatura aponta para a necessidade de educação continuada, tanto dirigida à pessoa idosa como à sua rede de suporte, através de materiais didáticos e envolvimento de entidades comunitárias.

Nesse sentido, Park et al. (2024) defendem o desenvolvimento de programas sistemáticos de educação e sensibilização, sustentados em parcerias com instituições de saúde locais e serviços sociais. A articulação com os meios de comunicação social é também apontada como forma de amplificar o impacto destas ações educativas (Miranda et al., 2019).

- **Promoção da atividade física funcional**

A ausência de prática regular de exercício físico, identificada como um dos problemas prioritários na grelha de análise, mereceu destaque na seleção de estratégias. A evidência aponta para o exercício funcional, de equilíbrio, resistência e treino de marcha como intervenções eficazes na redução do risco de queda (Lage et al., 2023; Maduro & Figueiredo, 2021; Park et al., 2024).

Mesmo quando não envolvidos diretamente na condução dos programas de exercício, os enfermeiros têm um papel relevante na identificação das necessidades, encaminhamento adequado e educação para a adesão à atividade física (Fernandes dos Santos et al., 2021). A personalização das propostas de exercício físico e a avaliação periódica da força muscular são condições essenciais à sua efetividade.

- **Gestão medicamentosa e saúde mental**

Outro fator identificado como relevante na prevenção de quedas é a gestão adequada da medicação. Lage et al. (2023) destacam a toma incorreta de medicamentos como um preditor importante do risco de queda. A intervenção do

enfermeiro deve contemplar a avaliação regular da terapêutica, especialmente em populações vulneráveis como os idosos que vivem sozinhos.

Simultaneamente, a solidão e o isolamento social, muitas vezes associados à depressão, são apontados como fatores indiretos, mas significativos na ocorrência de quedas (Miranda et al., 2019; Sousa et al., 2017a). Estratégias de apoio psicossocial e fortalecimento das redes de suporte são, por isso, indispensáveis a uma abordagem integrada e eficaz.

- **Integração da tecnologia na prevenção de quedas**

A componente tecnológica representa um avanço importante nas estratégias de prevenção de quedas. Alves et al. (2022) referem o crescimento das soluções digitais que permitem rastrear e prevenir acidentes, aumentando a segurança e qualidade de vida da pessoa idosa.

Entre os exemplos identificados, destaca-se o projeto Frade (ESEP, 2020), realizado em Portugal, que utiliza sensores vestíveis para estimar o risco de queda e acionar alarmes automáticos em caso de acidente. Estas tecnologias, quando associadas a serviços de teleassistência permanente, oferecem uma resposta rápida e contínua, facilitando a gestão terapêutica e mitigando o sentimento de solidão (CMA, 2021; CMC, 2025).

Além disso, a gerontecnologia interativa, conforme defendido por Maia et al. (2023), amplia as possibilidades de intervenção colaborativa e interdisciplinar, promovendo o envolvimento ativo da pessoa idosa nos cuidados.

A evidência científica analisada destaca a necessidade de abordagens multifatoriais, integradas e personalizadas, em consonância com o perfil complexo da pessoa idosa em situação de vulnerabilidade. Estratégias centradas na educação para a saúde, promoção da funcionalidade física, intervenção psicossocial, gestão do ambiente domiciliar e integração tecnológica mostraram-se consistentes com os problemas identificados na grelha de análise e com os objetivos delineados neste projeto.

Assim, a segunda etapa da seleção de estratégias consistiu na análise de viabilidade prática, considerando os recursos locais, os aspetos socioculturais da comunidade e o enquadramento das competências do EEESCSP, conforme definido pelo Regulamento n.º 428/2018. Este exercício de articulação entre a evidência

científica e o contexto de intervenção permitiu delinear um plano coerente, exequível e adaptado às necessidades reais da população-alvo.

O contexto de intervenção selecionado foi o próprio domicílio dos participantes. A escolha do espaço natural da vida das pessoas idosas, apesar de representar um desafio no planeamento, constituiu uma oportunidade de intervir no principal local onde se espera que a pessoa idosa aplique escolhas que fomentem a diminuição do risco de queda. Oliveira et al. (2018) salientam a pertinência de uma intervenção comunitária com recurso a vistas domiciliárias, atribuindo-lhe valor pela possibilidade de avaliação de riscos e introdução de medidas corretivas dirigidas aos riscos encontrados. As visitas domiciliárias integram, assim, uma estratégia privilegiada de envolvimento da pessoa idosa na prevenção de quedas, reduzindo fatores de risco modificáveis.

A aplicação desta estratégia revelou-se essencial, especialmente na fase de diagnóstico de situação. A primeira visita domiciliária, destinada à aplicação do instrumento de colheita de dados, permitiu a constatação de vários fatores de risco de queda. Considerando os resultados obtidos e a determinação de prioridades, foi possível incorporar os fatores de risco de quedas percecionados na primeira visita domiciliária como elementos orientadores para a seleção de estratégias dirigidas, em consonância com Oliveira et al. (2018).

Durante a avaliação da escala de Morse e de Barthel foi possível observar a pessoa no seu ambiente e a forma como gere as AVD no seu contexto. Assim, a seleção de estratégias foi enriquecida com a avaliação de riscos em termos das condições ambientais que foi possível constatar “*in loco*”, nomeadamente dificuldade de acessibilidade ao telefone ou telemóvel em caso de necessidade de ajuda, calçado não adequado, presença de obstáculos à mobilidade no domicílio. Foi possível verificar a existência de extensões elétricas em zonas de passagem, presença de tapetes sem fixação ao pavimento, diversos objetos e mobiliário que comprometem a passagem em segurança e arrumação de objetos de uso diário em zonas de difícil acessibilidade. Apesar das características estruturais da habitação de cada participante serem mais complexas de modificar, a constatação destes fatores de risco não poderá ser ignorada, sendo um privilégio na seleção e planeamento das intervenções.

A primeira visita domiciliária permitiu ainda a identificação de fatores que potenciam as falhas de toma de terapêutica, um dos problemas priorizados. Verificou-se as caixas de medicamentos de toma diária separadas por divisões distintas, algumas delas sem anotação da hora de toma e sem controlo de eventuais esquecimentos, não existindo o hábito de utilização correta de caixas de preparação de medicação.

Considerando os resultados obtidos no diagnóstico de situação, a evidência científica apresentada neste subcapítulo e a análise de fatores de risco observados na visita domiciliária, foram consideradas as seguintes estratégias de intervenção neste projeto:

- Educação para a saúde;
- Comunicação em saúde;
- Parceria Institucional;
- Tecnologia em Saúde

De acordo com os pressupostos teóricos de Dorothea Orem, os resultados do diagnóstico de situação remetem para um comprometimento do requisito universal da prevenção de riscos para a vida, funcionamento e bem-estar do ser humano (Orem, 2001). Neste sentido, impera incluir intervenções numa perspetiva de prevenção de risco. As estratégias de intervenção selecionadas vão ao encontro do método de ajuda ensino e orientação, preconizado por Orem (Orem, 2001; Taylor, 2004), numa lógica de apoio e orientação, que propicie uma mudança de comportamentos.

A estratégia de Comunicação em Saúde e Parceria Institucional surgem como importantes aliados à estratégia de Educação para a Saúde, como forma de contrariar a influencia de fatores limitantes, procurando assim, integrar a comunidade de apoio a esta população por forma a intensificar os ganhos em saúde. Dorothea Orem, na sua teoria, destaca a existência de fatores que podem influenciar, não só as condições do ambiente, mas também as condições económicas e sociais, que podem ter impacto direto nos resultados a nível da saúde, influenciando diretamente os estilos de vida saudáveis (Taylor, 2004).

A educação em saúde é considerada pela OMS como a estratégia fundamental para informar a população sobre questões de saúde. Não se centra apenas na comunicação de informações, mas também em promover a motivação, habilidades e

confiança necessárias para que o indivíduo e comunidade adquiram medidas que melhorem a sua saúde (WHO, 2021).

A educação para a saúde, está inserida nas estratégias de diversas políticas públicas e pode contemplar várias abordagens e estratégias educativas (Fittipaldi et al., 2021), estratégia considerada fundamental para capacitar as pessoas idosas na gestão da sua saúde e prolongamento da autonomia funcional (Maurício et al., 2024).

À luz de Fittipaldi et al. (2021); Mallman et al. (2015) e Maurício et al. (2024), a seleção das estratégias educativas neste projeto foi alicerçada em diretrizes que visam a participação ativa das pessoas idosas, integrando a rede de suporte social, nomeadamente os familiares, vizinhos e amigos, identificados como elementos de apoio no diagnóstico de situação. As sessões de educação para a saúde foram perspectivadas em contexto de visita domiciliária, objetivando o fortalecimento da autonomia das pessoas idosas e utilizando metodologias ajustadas à complexidade do processo de envelhecimento e à realidade constatada nas primeiras visitas domiciliárias (Mallmann et al. 2015).

Remetendo para a estratégia de Comunicação em Saúde, importa considerar que é uma estratégia que permite consolidar os ganhos em saúde e orienta no sentido do sucesso da tomada de decisão. Implica um trabalho em parceria do enfermeiro com o subsistema comunitário responsável pela difusão de informação e comunicação com a comunidade (Almeida et al., 2019). A OMS define a estratégia como Comunicação em Saúde na medida em que utiliza de estratégias de comunicação, quer por meios interpessoais, digitais ou outros, para informar e influenciar decisões e ações destinadas a melhorar a saúde (WHO, 2021). O uso dos meios de comunicação e outras inovações tecnológicas para disseminar informações úteis sobre saúde pública, aumenta a conscientização sobre aspetos específicos da saúde individual e coletiva de modo a alcançar um maior empoderamento dos indivíduos e comunidades (WHO, 2021).

Na operacionalização desta estratégia pretendeu-se ir de encontro ao preconizado no Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde, que representa um importante instrumento na capacitação dos profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de interação e comunicação com as pessoas, contribuindo para uma maior autonomia e reflexão crítica nas suas escolhas (Almeida et al., 2019). À luz das

recomendações do manual citado, considerou-se o recurso a tecnologia e a ferramentas digitais para fornecer informações de saúde, em vários formatos para atender às necessidades das pessoas, utilizando diferentes métodos de comunicação, incluindo imagens, modelos e cartões para apoiar a comunicação escrita e oral.

Optou-se por desenvolver materiais didáticos não só com o intuito de atender às necessidades da pessoa idosa, mas também das equipas de enfermagem. Com a priorização do problema neste projeto, as unidades funcionais USP e UCC intervenientes neste projeto, e a parceira USF, mostraram interesse em enriquecer a oferta didática relacionada com a temática da prevenção de quedas na pessoa idosa. Pretendeu-se com a escolha desta estratégia ir ao encontro das necessidades dos contextos, que respondem diariamente às necessidades destas pessoas. A estratégia Comunicação em Saúde visa, aliar a divulgação dos materiais, à sensibilização da intervenção do EEESCSP na prevenção de quedas da pessoa idosa.

No que se refere à estratégia de Parceria Institucional, esta é uma estratégia que representa uma importante ferramenta prática de ação intersectorial e vai ao encontro do preconizado pela Declaração de Jakarta como prioridade para a promoção da saúde no século XXI (WHO, 2021). Constitui uma estratégia que está integrada nas competências do EEESCSP, enquanto profissional que deve promover o trabalho em parceria garantindo deste modo uma maior eficácia das intervenções (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Neste projeto, a Parceria Institucional foi integrada na seleção das estratégias, com objetivo de planeamento de ações de sensibilização de profissionais de saúde e parceiros da comunidade com contacto privilegiado com a população alvo, contribuindo conjuntamente para intensificar os ganhos em saúde (Almeida et al., 2019). A mobilização de recursos da comunidade incluiu a Câmara Municipal já parceira da UCC, com vista à comunicação dos resultados deste diagnóstico de situação e sensibilização para adoção de soluções, nomeadamente integração de soluções tecnológicas de assistência, teleassistência ou outras ferramentas promissoras para melhorar o autocuidado e a qualidade de vida nas pessoas idosas (Maurício et al., 2024).

A evidência científica reunida mostrou-se importante para o conhecimento das tecnologias de suporte aos problemas priorizados neste projeto de intervenção,

nomeadamente sensores de quedas com solução de teleassistência. No entanto, a pesquisa por si só, mostrou-se insuficiente para avançar com propostas de soluções adequadas à realidade da população alvo, sendo pertinente também conhecer as condições protocolares de cada dispositivo para eventual estabelecimento de parcerias.

Assim, a estratégia em análise foi enriquecida com uma pesquisa exaustiva de soluções tecnológicas adequadas, planeamento de reuniões de esclarecimento com diversos fornecedores de equipamentos e compilação de informação destinada a apresentar à parceira Câmara Municipal.

A escolha das estratégias promoveu a análise crítica com mobilização e integração de conhecimentos de diversas áreas, por forma a conceber e planear a intervenção, tendo em consideração das competências de EEESCSP (Regulamento 428/2018, 2018).

2.2.5 Preparação operacional

É nesta etapa que se define “quando, aonde, e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas, e ainda quem será encarregue de as executar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149), ou seja, nesta etapa deve ser realizado um estudo pormenorizado das atividades necessárias à execução parcial ou total, da estratégia para atingir os objetivos.

Após o estabelecimento das estratégias, impera a necessidade de avaliar a adequação de recursos, nomeadamente financeiros, de pessoal, equipamentos, material e físicos. Neste projeto ocorreu uma confrontação prévia de todas as atividades selecionadas com os recursos existentes por forma a garantir a sua adequação. Assim, tendo em consideração as atividades propostas, serão necessários os seguintes recursos:

- Recursos humanos:
 - Enfermeiras responsáveis pelo projeto
- Recursos materiais:
 - Folhas de papel A4 brancas, folhas de papel A5 brancas, pastas de arquivo, pasta expositora, canetas, computador portátil, impressora/

fotocopiadora e tinteiros (material e custos associados a cargo da mestrandia)

- Uma mesa e duas cadeiras no domicílio dos participantes.
- Recursos equipamentos:
 - Computador portátil da mestrandia;
 - Impressora/ fotocopiadora e tinteiros da mestrandia;
 - Internet móvel da mestrandia;
 - Projetor da UCC;
 - Projetor da Câmara Municipal.
- Recursos físicos:
 - Sala de reuniões da UCC;
 - Domicílio dos participantes;
 - Sala de reuniões da Câmara Municipal;
 - Viatura da mestrandia (custos associados a cargo da mestrandia).

Um planeamento operacional eficiente implica à partida uma organização temporal das atividades. No início do estágio foi realizado um cronograma de atividades (Apêndice XXV), com o intuito de controlar o desempenho das atividades pré-definidas (Tavares, 1992). Ao longo do estágio, o cronograma foi constantemente atualizado e monitorizado, para garantir o cumprimento dos prazos.

A dificuldade e consequente atraso na identificação das pessoas idosas que residiam sós, gerou necessidade de atualização do cronograma inicial. Ao contrário do pretendido, apenas uma USF respondeu à solicitação da USP e através de uma estreita parceria com a equipa, conseguiu-se identificação da população alvo com atraso de um mês face ao planeado inicialmente.

Este processo acabou por influenciar as atividades posteriores, e houve necessidade de uma segunda reformulação ao cronograma em virtude dos dois meses de espera para aceitação do projeto de intervenção pela ULSAS, enquanto o planeamento realizado considerava um mês. Esta necessidade de ajuste no cronograma influenciou o desenvolvimento restantes atividades do projeto e constituiu um desafio acrescido na preparação operacional das estratégias selecionadas para este projeto de intervenção.

Paralelamente ao planeamento de recursos já mencionado, procedeu-se à identificação das dezoito pessoas idosas com médio/alto risco de queda, alvo de intervenção. Constatou-se à partida, que ocorreu um óbito durante o espaço temporal que decorreu desde a primeira visita domiciliária. Pretendeu-se contactar as pessoas à semelhança da primeira visita, com a vantagem de conseguir adequar à realidade conhecida de cada um dos participantes.

Considerando dezassete pessoas idosas para planear intervenção, iniciaram-se os contactos telefónicos que foram estabelecidos com sucesso. Como resultado destes contactos, foram excluídos quatro participantes para intervenção: um encontrava-se numa situação clínica que impossibilitava intervenção, e três já se encontravam a residir com familiares fora da área de intervenção da UCC.

Dos treze participantes contactados e que ainda reuniram critérios, onze aceitaram participar, incluindo sete cuidadores informais referentes a sete participantes. Nesse contacto telefónico, foi esclarecido sucintamente o problema priorizado para intervenção e explicada a estratégia planeada, propondo uma visita domiciliária para a concretização da mesma. Foi validada a vontade de concretização da visita, ficando agendada neste contacto a data e hora de intervenção, assim como duração da mesma, para onze pessoas idosas e sete cuidadores informais.

As atividades planeadas para este projeto tiveram em conta as características sociodemográficas e a disponibilidade da população-alvo, bem como os objetivos e as estratégias selecionadas. No planeamento houve uma adaptação às exigências e desafios de uma visita domiciliária, nomeadamente tipo habitação e características da mesma, tempo necessário em deslocações, ajustes às disponibilidades da pessoa idosa e da pessoa de referência.

Foi realizado um plano de sessão (Apêndice XVII) com a planificação da metodologia a adotar, conteúdos a abordar, recursos e tempo necessário. Foi elaborada a apresentação em formato PowerPoint “Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa” (Apêndice XVI) para a sessão do domicílio dos participantes, e ainda o documento “Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde” (Apêndice XVIII), que pretende avaliar a adequação e pertinência dos temas abordados.

Com vista a clarificar alguns aspetos em termos de conhecimento acerca da prevenção de quedas no domicílio, foi criado um questionário de avaliação de

conhecimentos (Apêndice XIX), a aplicar antes da sessão, com objetivo de percebermos a necessidade de reforçar algumas informações pontuais na sessão de educação para a saúde. No final da sessão, foi aplicado o mesmo questionário de avaliação de conhecimento, com intuito de avaliar a aquisição de conhecimentos.

Foi criado o “Manual de Prevenção de quedas na Pessoa Idosa” (Apêndice XX) e um panfleto “Prevenir Quedas na Pessoa Idosa” (Apêndice XXI), como aliados à sessão de educação para a saúde, sendo materiais que operacionalizam a estratégia de Comunicação em Saúde com os participantes, mas também com a equipa de saúde e restante comunidade. O conteúdo didático destes materiais foi analisado e revisto pela Coordenadora da UCC, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação e pela EEESCSP, supervisora do estágio, com intuito de conjugar as necessidades da população alvo deste projeto, com as necessidades da UCC na resposta às pessoas idosas.

No decorrer na preparação operacional para as estratégias Parceria Institucional e Tecnologia em Saúde, começou-se por identificar três potenciais stakeholders com soluções de dispositivos de teleassistência, SOS e alarme de queda. A pesquisa inciduiu em fornecedores de equipamentos que possuem protocolos em curso com entidades a nível nacional, nomeadamente: Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais, Estruturas Residenciais de Apoio a Idosos e Instituições de Solidariedade Social. Este critério de seleção permitiu obter informações de equipamentos já testados e com utilização e avaliação regular da eficácia num número de idosos substancialmente superior a esta amostra. A procura pela fiabilidade, teve como objetivo garantir uma proposta dirigida ao pretendido e sensibilizar de forma informada a entidade parceira da UCC, a Câmara Municipal do município de residência destas pessoas idosas.

Destes três potenciais stakeholders, foram solicitadas informações a todos via email, por forma a reunir informações acerca das características e funcionalidades dos equipamentos, protocolos idênticos já existentes, realizando uma avaliação da aplicabilidade e benefícios no contexto dos participantes deste projeto. Concluiu-se que é transversal a todos os equipamentos os seguintes pontos, que importam para este projeto:

- Destinado a idosos isolados física ou socialmente;
- Pedido de auxílio através de um botão de emergência;

- Detecção automática de queda;
- Localização *Global Positioning System (GPS)*;
- Opções opcionais de gestão de tomas de medicação e atendimento telefónico personalizado com profissionais de saúde.

Foi obtida resposta de todos os potenciais stakeholders, sendo realizada uma reunião presencial com um deles e uma reunião por *Microsoft Teams* com outro. O terceiro, providenciou o envio de toda a informação necessária via email. Estas atividades integram a preparação operacional com objetivo de compilar a informação destinada à realização da atividade prevista através de uma reunião na Câmara Municipal, parceira da UCC.

A reunião com a Câmara Municipal foi solicitada nesta fase do projeto, mas até ao início da intervenção não houve resposta à solicitação. No entanto, foi preparada uma apresentação PowerPoint (Apêndice XV), destinada a enquadrar o projeto de intervenção, apresentar os resultados relevantes para a instituição, propor opções de minimização dos problemas, apresentando exemplos de protocolos similares.

Em suma, o objetivo nesta fase foi otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades previstas, através de uma preparação operacional alicerçada no diagnóstico de situação realizado.

2.2.5.1 Intervenções realizadas

Com base na preparação operacional concretizada, descreve-se as estratégias e respetivas atividades desenvolvidas no decorrer da intervenção.

Foram realizadas 11 sessões de educação para a saúde em contexto de visita domiciliária. Quatro dessas pessoas idosas não estavam acompanhadas de nenhum cuidador, na medida em que são totalmente independentes e consideraram que não existia necessidade de envolver mais alguém. Assim, os restantes sete participantes para além de se fazerem acompanhar dos cuidadores, três deles foram receptivos à proposta de envolvimento de vizinhos e amigos que habitualmente prestam apoio, tendo sido possível realizar a sessão durante o momento de habitual convívio na sua casa.

Importa considerar que os cuidadores, vizinhos e amigos destes participantes, são também eles pessoas idosas, o que enriqueceu esta estratégia, com a possibilidade de envolvimento comunitário. A decisão de incentivar a participação comunitária, tem também por base a importância de integrar estas pessoas como parceiras uma vez que “a entrada de recursos nas parcerias não precisa de ser financeira, pois as pessoas também podem trazer conhecimento local e contribuições voluntárias, como o seu tempo e energia” (Laverack, 2022, p. 112).

As sessões decorreram de acordo com plano de sessão que consta no apêndice XVII, tendo sido iniciadas com a aplicação do questionário de avaliação de conhecimento a todos os participantes e aos sete cuidadores integrados nesta sessão. As sessões foram maioritariamente participativas e demonstrativas.

Ocorreu uma demonstração de atividade física adequada à condição da pessoa idosa, onde foi possível promover a interação de todos os participantes. O ensino acerca da atuação em caso de queda foi efetuado por demonstração, uma abordagem interativa que permitiu integrar o papel da pessoa que cai e o papel da pessoa que auxilia.

Foram expostos conteúdos com recurso ao computador, cuja abordagem implicava com a visualização de algumas imagens exemplificativas. Por isso, foi considerada a impressão da apresentação em formato A4 e recurso a uma pasta expositora que se mostrou útil nos casos em que participaram mais pessoas, permitindo a visualização sem que se deslocassem à mesa do computador. O recurso audiovisual foi essencialmente utilizado para possibilitar uma ligação de aspetos abordados a uma imagem elucidativa, uma vez que a representação visual de conceitos complexos “(...) pode mostrar os resultados de uma forma que pode ser facilmente compreendida por todos os participantes” (Laverack, 2022, p.120).

A abordagem das medidas de prevenção a aplicar no domicílio, foi realizada em função dos riscos avaliados em cada uma das divisões da habitação através de uma avaliação conjunta, sendo personalizadas as recomendações. De uma forma geral, foram encontrados mais do que um fator de risco durante as sessões, para além dos já conhecidos através do diagnóstico de situação.

Na fase de conclusão de cada sessão de educação para a saúde foram enumerados os pontos importantes a considerar pela pessoa idosa, para redução do

risco de queda, mas também para minimizar as consequências da mesma, caso aconteça. Foi com base nos fatores de risco previamente conhecidos, e nos fatores de risco constatados na sessão, que as recomendações foram organizadas, utilizando a linguagem que melhor se adaptava aos participantes, deixando inclusive as recomendações escritas.

Foi assumindo o compromisso de uma visita de avaliação, e considerou-se pertinente no momento, disponibilizar as imagens impressas das folhas A4 para associarem à recomendação, por exemplo, a imagem de uma caixa de separação da medicação, de sapatos adequados, de uma bolsa para acesso imediato ao telemóvel, de pinça para apanhar objetos, entre outros. Foi constatada ao longo da sessão a necessidade de apoio de imagem para um melhor entendimento.

A sessão terminou com o preenchimento da folha de avaliação da sessão e avaliação diagnóstica, concretizada através do preenchimento dos apêndices XVIII e XIX, pelas pessoas idosas que integram a amostra deste projeto e pelos seus cuidadores.

Interligando com a estratégia Comunicação em Saúde, foi entregue a todos os participantes o folheto “Prevenir quedas na pessoa idosa” e o “Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa”. O panfleto resume as principais ideias da sessão, enquanto o manual fornece conselhos mais específicos para adoção de medidas no domicílio e sustenta a intervenção realizada.

Estes materiais foram elaborados com uma outra funcionalidade, a disponibilização do panfleto e manual à UCC, USP e USF intervenientes neste projeto. Foi constatada a inexistência de materiais didáticos que possam ser entregues à comunidade de intervenção destas instituições no âmbito da prevenção de quedas.

Foi realizada a divulgação dos materiais numa reunião conjunta com profissionais das três unidades de saúde, com objetivo de reforçar a intervenção das equipas de saúde, que desde a apresentação dos resultados do diagnóstico de situação, se mostraram sensibilizadas para a temática deste projeto. Foi conseguida a presença de EEESCSP de cada uma das unidades funcionais, tendo sido reforçada a sua intervenção privilegiada nesta temática. Esta disponibilização de materiais teve o intuito de promover a Comunicação em Saúde com a comunidade.

A nível de Parceria institucional, houve resposta da Câmara Municipal com efetivação de uma reunião. Na reunião estiveram presentes a mestrand, a Enfermeira Chefe da UCC, dois elementos do departamento de Desenvolvimento Social e Saúde e um elemento da Divisão de Desenvolvimento Estratégico. A mestrand apresentou o projeto, recorrendo a apresentação que consta no apêndice XV, e posteriormente houve um momento de discussão, tendo os presentes manifestado sensibilização para a problemática apresentada.

A proposta apresentada remeteu para a criação de uma parceria da UCC com a Câmara Municipal, onde a UCC teria a responsabilidade de referenciação de pessoas idosas que, pelos problemas enumerados neste projeto, beneficiem do dispositivo. Por sua vez, a Câmara Municipal faria a disponibilização (mediante condições a estabelecer posteriormente) de dispositivos de teleassistência, SOS e alarme de queda, a idosos que reúnam os critérios definidos. Esta solução foi proposta para todas as pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivam sós, no entanto, foi considerado que esta problemática seria extensível a outras faixas etárias da população idosa do concelho.

Tendo em conta o apoio fornecido pela Câmara Municipal à população idosa, os recursos humanos, materiais, físicos e financeiros alocados ao apoio à comunidade desta faixa etária; foram percecionadas as vantagens desta proposta. Foi considerada a possibilidade de ter as pessoas sinalizadas e garantir assistência às pessoas idosas que vivem sós, minimizando situações de risco para a sua saúde e conseguindo assim ganhos em saúde. Houve concordância dos presentes com estas vantagens que, de acordo com a discussão, rentabilizam a tecnologia existente em prol de ganhos em saúde, promovendo o envelhecimento da pessoa idosa na sua própria casa.

A reunião foi terminada com o compromisso dos elementos da Câmara Municipal presentes, levarem a temática à próxima reunião dos órgãos de apoio social, momento onde se reúnem os principais responsáveis pelas instituições de apoio à pessoa idosa a nível concelhio. De acordo com os presentes, a solução proposta seria viável tendo uma concordância dos principais agentes de apoio à população idosa, com intuito de não restringir a solução apenas à população alvo deste projeto. Ficou acordada a interligação da Câmara Municipal com a UCC, de qualquer que fosse a decisão à proposta de parceria realizada na reunião.

Com a demora na efetivação desta reunião na Câmara Municipal, o estágio curricular chegou ao fim sem resposta à proposta de parceria apresentada na Câmara Municipal. Com o intuito de conhecer eventuais desenvolvimentos até ao término deste relatório de estágio, a mestranda estabeleceu contactos com Câmara Municipal e também com a UCC, e solicitou feedback acerca do acordado na reunião referida. Não foi obtida nenhuma resposta atempada.

No que concerne a operacionalização da estratégia Tecnologia em Saúde, não existindo nenhuma resposta da Câmara Municipal, a intervenção não ficou concluída, não conhecendo a sua recusa ou aceitação.

No entanto, importa referir que, como forma de fomentar a inclusão dos benefícios da tecnologia em saúde na vida dos participantes, estes foram informados da possibilidade de aquisição de dispositivos de teleassistência, SOS e alarme de queda. Optou-se por indicar a todos os participantes a existência de várias opções no mercado e fomentar a procura ativa em caso de interesse. Destaca-se que a informação foi fornecida sem qualquer referência a marcas ou fornecedores dos dispositivos.

Conforme combinado na sessão de educação para a saúde, as visitas de avaliação decorreram duas semanas após a intervenção. Essas visitas pretenderam perceber se a pessoa idosa implementou as recomendações para redução dos fatores de risco de queda, possibilitando a avaliação da eficácia da intervenção.

Criou-se uma grelha de apoio com agrupamento por temas dos resultados que se esperava encontrar nas visitas de avaliação. Os temas foram agrupados tendo em consideração os principais fatores de risco encontrados e que se pretendiam reduzir ou eliminar.

Importa considerar que todos os participantes foram questionados na visita de avaliação, acerca da ocorrência de algum episódio de queda no espaço temporal que decorreu desde a sessão de educação para a saúde. E, por forma a avaliar o impacto dos materiais didáticos fornecidos na sessão de educação para a saúde, adicionalmente foram questionados acerca da consulta dos materiais didáticos fornecidos na sessão de educação para a saúde e da intenção de aplicar as informações contidas nos mesmos.

A grelha foi preenchida durante a visita domiciliária de avaliação e o resultado final encontra-se no Apêndice XXVI.

2.2.6 Avaliação de Resultados

O Regulamento n.º 428/2018 faz referência à competência do EEESCSP em avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. É monitorizada a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde, visando quantificar os ganhos em saúde da comunidade. Na realidade, é nesta etapa do planeamento em saúde que conseguimos validar o sucesso da intervenção. Para além dos objetivos já enunciados, foram definidas metas que representam o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1993).

É através da avaliação se conhece a eficácia do planeamento. Nesta fase do projeto pretendemos, “quantificar o trabalho executado e medir as transformações o trabalho produziu (Nunes, 2016). Para isso recorremos ao cálculo dos indicadores de resultado previamente estabelecidos e apresentamos o resultado no Quadro 17.

Quadro 17

Indicadores de Resultado

Objetivo Geral: Promover, até ao dia 31 de janeiro de 2025, a capacitação das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, para adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda no contexto comunitário		
Objetivos específico: Promover a consciencialização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, para os principais fatores de risco de queda e para a adoção de medidas preventivas, através da realização de sessões educativas e da distribuição de material informativo, até 31 de janeiro de 2025		
Objetivos Operacionais	Indicadores de resultado	Resultado
- Assegurar a realização de pelo menos uma sessão de educação para a saúde às pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, até 31 de janeiro de 2025; - Assegurar que pelo menos 50% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, demonstrem ter adquirido conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas avaliados através da realização de visita domiciliária de avaliação e aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos; - Garantir que pelo menos 75% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós e seus cuidadores, avaliem positivamente a sessão de educação para a saúde, quanto à utilidade, clareza da exposição e adequação da duração;	- % de participantes que demonstraram aumento de conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas após a intervenção educativa; - % de participantes que avaliam positivamente a sessão de educação para a saúde; - % de participantes que referem ter consultado as informações contidas nos materiais didáticos fornecidos;	- % de pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e que demonstraram aumento de conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas após a intervenção educativa: $(7/11) \times 100 = 63,6\%$ (objetivo atingido); % de cuidadores: $(5/7) \times 100 = 71,4\%$ (objetivo atingido) - % de pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e que avaliam positivamente a sessão de educação para a saúde $(11/11) \times 100 = 100\%$ (objetivo atingido) % de cuidadores: $(7/7) \times 100 = 100\%$ (objetivo atingido); - % de participantes que referem ter consultado as informações contidas nos materiais didáticos

- Assegurar que seja distribuído material educativo sobre prevenção de quedas a pelo menos 75% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, envolvidas na intervenção.	- % de participantes que referem ter intenção de aplicar as informações contidas nos materiais didáticos fornecidos.	fornecidos - $(9/11) \times 100 = 81,9\%$ (objetivo atingido) - % de participantes que referem ter intenção de aplicar as informações contidas nos materiais didáticos fornecidos - $(10/11) \times 100 = 90,1\%$ (objetivo atingido)
Objetivos específico: Promover a adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, até 31 de janeiro de 2025.		
Objetivos Operacionais	Indicadores de resultado	Resultado
Garantir que pelo menos 50% das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, e/ou os seus cuidadores, apresentem evidência de redução de pelo menos um fator de risco de queda no contexto comunitário.	- % de participantes que apresentem evidência de redução de redução de pelo menos um fator de risco de queda no contexto comunitário, após a intervenção.	% de participantes - $(6/11) \times 100 = 54,5\%$ (objetivo atingido)
Objetivos específico: Promover o envolvimento de instituições de apoio comunitário, através da sensibilização para criação de parcerias na adoção de medidas que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda, até 31 de janeiro de 2025.		
Objetivos Operacionais	Indicadores de resultado	Resultado
Realizar pelo menos uma reunião de apresentação do projeto e proposta de parceria a uma instituição de apoio comunitário, até 31 de janeiro de 2025.	Número de instituições de apoio comunitário contactadas que formalizaram o interesse no projeto de intervenção.	- 1 instituição de apoio comunitário (objetivo atingido)

Objetivos específico: Sensibilizar as equipas de enfermagem das unidades funcionais USP, UCC e USF para a intervenção do EEESCSP na prevenção de quedas na pessoa idosa com idade igual ou superior a 90 anos a viver só, até 31 de janeiro de 2025.

Objetivos Operacionais	Indicadores de resultado	Resultado
Divulgar e fornecer os materiais didáticos elaborados às unidades funcionais USP, UCC e USF envolvidas no projeto, até 31 de janeiro de 2015.	Número de unidades funcionais que receberam os materiais didáticos no âmbito da intervenção.	- 3 unidades funcionais (objetivo atingido)

Dando continuidade à avaliação do projeto, recorreremos ao cálculo dos indicadores de atividade previamente estabelecidos e apresentamos o resultado no Quadro 18.

Quadro 18

Indicadores de resultado

Objetivos específico: Promover a consciencialização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, e seus cuidadores, para os principais fatores de risco de queda e para a adoção de medidas preventivas, através da realização de sessões educativas e da distribuição de material informativo, até 31 de janeiro de 2025	
Indicadores de Atividade	Resultado
- Número de sessões educativas realizadas com pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós, até 31 de janeiro de 2025; - Número de participantes (pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que vivem sós e seus cuidadores) presentes nas sessões educativas; - Número de questionários de satisfação aplicados; - Número de materiais informativos (folhetos, guias) distribuídos aos participantes; - Número de visitas domiciliárias realizadas para avaliação e aplicação do questionário de conhecimentos;	- 11 sessões educativas (objetivo atingido -100%) - 18 participantes presentes (objetivo atingido-100%) - 18 questionários de satisfação aplicados (objetivo atingido-100%) - 18 folhetos e 18 guias (objetivo atingido-100%) - 11 visitas domiciliárias (objetivo atingido-100%)
Objetivos específico: Promover a adoção de comportamentos e estratégias que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda nas pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós, até 31 de janeiro de 2025.	
Indicadores de Atividade	Resultado
- Nº de intervenções educativas individualizadas (ex: demonstrações, orientações práticas) realizadas no domicílio;	- 11 intervenções educativas individualizadas (objetivo atingido-100%)

- N.º de visitas realizadas às pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos a viver sós para monitorização e apoio à adoção de comportamentos preventivos; - N.º de planos individuais de prevenção de quedas elaborados em colaboração com os idosos e/ou cuidadores;	- 11 visitas realizadas (objetivo atingido-100%) - 11 planos individuais de prevenção de quedas (objetivo atingido-100%)
Objetivos específico: Promover o envolvimento de instituições de apoio comunitário, através da sensibilização para criação de parcerias na adoção de medidas que contribuam para a redução dos fatores de risco de queda, até 31 de janeiro de 2025.	
Indicadores de Atividade	Resultado
- N.º de reuniões realizadas com instituições de apoio comunitário para apresentação do projeto e proposta de parceria;	- 1 reunião (objetivo atingido-100%)
Objetivos específico: Sensibilizar as equipas de enfermagem das unidades funcionais USP, UCC e USF para a intervenção do EEESCSP na prevenção de quedas na pessoa idosa com idade igual ou superior a 90 anos a viver só, até 31 de janeiro de 2025.	
Indicadores de Atividade	Resultado
Número de unidades funcionais que receberam os materiais didáticos (entrega física ou digital); - Número de sessões ou reuniões de sensibilização realizadas com as equipas de enfermagem das unidades funcionais;	- 3 unidades funcionais (objetivo atingido-100%) - 1 reunião de sensibilização (objetivo atingido-100%)

Podemos concluir que foram atingidos os objetivos definidos para este projeto de intervenção. Os resultados do cálculo dos indicadores de resultado e atividade remetem, não só para a concretização das atividades planeadas, como para o impacto da intervenção nos participantes e na comunidade.

Aliado às competências do EEESCSP, a avaliação destes resultados permite uma monitorização da eficácia do projeto de intervenção para o problema priorizado, com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. Os ganhos em saúde originados por este projeto são:

- Aumento do conhecimento sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas da população alvo deste projeto;
- Redução de fatores de risco de queda da população alvo deste projeto;
- Envolvimento da comunidade na prevenção de quedas da pessoa idosa;
- Valorização da intervenção do EEESCSP na prevenção de quedas da pessoa idosa.

3. IMPLICAÇÕES DO ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O conjunto de competências clínicas especializadas resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, e concretiza-se em competências comuns e específicas à área de especialização do profissional (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para o desenvolvimento de competências, Benner (2001) defende uma aprendizagem experiencial que garanta uma ligação estreita entre as decisões clínicas e as decisões éticas, processo que é traduzido pelo percurso ao longo dos estágios integrados neste curso de mestrado. Este relatório de estágio pretende, assim, realçar a especificidade de cada contexto e a importância do conhecimento contido na prática clínica, aspetos que são fulcrais para o desenvolvimento da teoria em ciências da enfermagem (Benner, 2001).

A simbiose entre a utilização da metodologia do Planeamento em Saúde com o referencial teórico de Dorothea Orem, alicerçou o diagnóstico de situação realizado, possibilitando a elaboração de um projeto de intervenção comunitária que integrou no seu desenvolvimento, conhecimentos das várias disciplinas, sendo o resultado do aprimorar das competências de pesquisa bibliográfica e da prática baseada na evidência ao longo deste percurso.

Este capítulo visa a análise crítica do percurso académico, que associado à experiência profissional prévia, conduziu à aquisição e aperfeiçoamento das competências pessoais e profissionais. É resultado de uma reflexão sedimentada no Plano de Competências (Apêndice XXVII), documento orientador de planificação das atividades promotoras da aquisição de competências comuns e específicas do EEESCSP. Este plano, estruturado no início do estágio, foi atualizado ao longo do percurso sempre que necessário e, com base nos objetivos nele traçados, serão analisadas neste capítulo as implicações do estágio para aquisição de competências.

A análise e reflexão das competências adquiridas tem por base o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), Regulamento das Competências Específicas do EEESCSP (Regulamento n.º 428/2018, 2018) e das competências exigidas ao grau de mestre, descritas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018.

3.1 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas especializadas de enfermagem(...)”. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4744). Todos os enfermeiros especialistas independentemente da sua área de especialidade, possuem competências partilhadas, sendo demonstradas através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Remetendo para o Regulamento n.º 140/2019, seguem os contributos do estágio para a aquisição de cada um dos domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

a) Responsabilidade profissional, ética e legal:

Considera-se que esta competência foi desenvolvida ao longo do estágio, com adoção de uma conduta profissional guiada pelos princípios éticos, deontológicos e jurídicos que fundamentam a profissão de enfermagem. O corpo de conhecimentos no domínio ético e deontológico desenvolvido ao longo do percurso profissional e académico fomentou ao longo do estágio uma avaliação sistemática das melhores práticas, no respeito pelas preferências da comunidade, e no respeito pelos direitos humanos.

A experiência desenvolvida em contextos desafiantes, como os domicílios situados em bairros socialmente vulneráveis, grupos de risco, e intervenções em contexto escolar com crianças em situação de risco, exigiu tomadas de decisões complexas que exigiram prudência e fundamentação ética.

No acompanhamento de bairros vulneráveis, realizou-se a vigilância regular de saúde de uma comunidade de etnia cigana através da unidade móvel de saúde, que aprofundou o conhecimento sobre as especificidades culturais, valores, crenças espirituais e práticas próprias deste grupo. Esta experiência contribuiu significativamente para a construção de uma abordagem culturalmente competente, fundamental para respeitar a diversidade, em consonância com os princípios éticos da profissão (Regulamento nº140/2019, 2019).

A intervenção em situações de violência e negligência identificadas no acompanhamento do Projeto “Linha 65”, envolvendo pessoas idosas, exigiu ainda uma importante integração de conhecimentos jurídicos no julgamento clínico, evidenciando a capacidade de atuar dentro dos limites legais e éticos da profissão, protegendo os direitos dos envolvidos e promovendo a sua segurança e bem-estar.

No atendimento escolar, a identificação de crianças em situação de risco mobilizou a mestrandia para a articulação com os pais e encarregados de educação, promovendo um trabalho colaborativo e preventivo. Esta intervenção reforçou a importância de uma abordagem ética e legal, assegurando a proteção dos direitos da criança, promovendo a sua segurança e bem-estar.

A cooperação com os diferentes profissionais envolvidos no cuidado foi essencial na vivência destas situações complexas, pois implicou lidar com o sofrimento e tomar decisões éticas sólidas. A comunicação entre pares e o apoio dentro das equipas multiprofissionais, segundo Schaefer e Vieira (2015) são recursos fundamentais quando o enfermeiro se confronta com situações difíceis que ultrapassam o seu âmbito de atuação direta. A mestrandia desenvolveu também a capacidade de perceber os limites da própria competência o que, por si só, constituiu uma atitude ética (Schaefer & Vieira, 2015).

Em termos do projeto de intervenção, a mestrandia mobilizou a competência em análise, garantindo a confidencialidade e anonimato da população alvo, em conformidade com as normas e procedimentos éticos. O envolvimento de familiares, amigos, cuidadores para autorizar e facilitar o processo de recolha de dados exigiu uma importante gestão ética da situação, conseguida através da empatia, clareza da comunicação e respeito pelos direitos dos envolvidos. Destacamos ainda a realização de visitas domiciliárias no âmbito do diagnóstico de situação, que implicou uma importante análise e interpretação do contexto, gerindo potenciais situações comprometedoras para as pessoas (Regulamento nº140/2019, 2019).

Reconhece-se que toda a intervenção na comunidade ao longo deste estágio exigiu um sério reconhecimento das práticas de risco nos cuidados prestados, aplicando medidas preventivas e garantindo práticas seguras em vários contextos, quer na USP, quer na UCC. Consideramos que a recolha dos contributos dos peritos nos locais de estágio, potenciou o processo de tomadas de decisão consciente do cumprimento dos princípios, valores e normas da profissão, o que para Nora et al.

(2016) constitui uma estratégia que contribui para a autoconfiança, desenvolvimento de competências e conhecimento.

Assim, o objetivo estabelecido no plano de competências, desenvolver uma conduta profissional guiada pelos princípios éticos, deontológicos e jurídicos que fundamentam a profissão de enfermagem, foi plenamente alcançado, pelo que se considera a competência em análise atingida.

b) Melhoria contínua da qualidade:

A melhoria contínua da qualidade considera-se uma necessidade permanente na prática de enfermagem, sendo uma aliada da evolução, contribuindo para os ganhos em saúde das pessoas, famílias e comunidades. No plano de competências, foram traçados como objetivos, a cooperação na melhoria contínua das práticas, integração da evidência científica sustentada, e contribuição para a operacionalização dos projetos institucionais existentes na USP e na UCC; garantindo um ambiente terapêutico centrado a pessoa, grupos e comunidades, com gestão do risco adequada aos diferentes contextos da prática.

As estratégias iniciais para o desenvolvimento de práticas de melhoria da qualidade e colaboração em programas de melhoria contínua implicaram, uma integração cuidada das normas de procedimentos, protocolos e projetos desenvolvidos na USP e na UCC, e uma participação ativa em reuniões da equipa multidisciplinar e dos parceiros. Estes momentos fomentaram o conhecimento aprofundado dos contextos da prática, aliado à procura pela melhor evidência científica, o que permitiu uma avaliação crítica das práticas clínicas e dos seus resultados. Esta dinâmica permitiu a adoção de intervenções que promoveram a melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos de atuação (Regulamento nº140/2019, 2019).

No suporte das iniciativas estratégias da USP, houve estreita colaboração na realização de atividades na área da qualidade, nomeadamente através da participação na elaboração da Norma de Procedimento da Consulta de Enfermagem de vacinação pós exposição MPox e na Orientação de Intervenção MPox para a realização do Inquérito Epidemiológico (Anexo VIII). Na USP, a experiência de implementação de consultas de enfermagem de vacinação pré exposição MPox foi uma oportunidade de colaborar no planeamento estratégico da qualidade dos cuidados e avaliação das práticas clínicas. Este envolvimento teve um impacto significativo no

desenvolvimento profissional da mestrandia, pois fortaleceu a capacidade de atuar como agente dinamizador da melhoria contínua, ao reconhecer a importância de integrar a evidência científica e os protocolos institucionais na prática clínica diária. Contribuiu ainda para a compreensão do papel central que o enfermeiro especialista tem na articulação entre as políticas institucionais e a implementação prática.

A elaboração de um Projeto de Intervenção na Comunidade, com intervenções adequadas às necessidades da comunidade da área geográfica, contribuiu para a operacionalização dos projetos institucionais na USP e UCC. Para avaliação do mesmo foram definidos indicadores válidos para avaliação das atividades desenvolvidas, promovendo a identificação de oportunidades de melhoria. A temática deste projeto exigiu o desenvolvimento de conhecimentos e a compreensão da abordagem multidimensional da pessoa idosa, fomentando a continuidade e melhoria contínua, através da integração das equipas multidisciplinares.

No âmbito da competência em análise, a gestão do ambiente foi de extrema importância num estágio caracterizado por uma multiplicidade de contextos de intervenção. Assim, houve necessidade de uma gestão do risco adaptada às diferentes realidades da prática, garantindo uma adequação dos recursos necessários para a prestação de cuidados seguros, nomeadamente na prestação de cuidados no domicílio. A criação de um ambiente seguro e minimização de riscos é imperiosa na medida em que a prestação de cuidados de saúde envolve riscos para os utentes, para os profissionais e para a instituição de saúde (Brás, 2025).

Em síntese, os objetivos delineados no plano desta competência foram plenamente alcançados, refletindo uma participação ativa e crítica no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, com vista à melhoria contínua. Consideramos assim atingida a competência em análise.

c) Gestão dos cuidados:

A competência no domínio da Gestão de Cuidados foi desenvolvida ao longo do estágio através da capacidade de adequar os recursos disponíveis às necessidades identificadas, gerir os cuidados a prestar de forma eficiente, e assumindo um papel de liderança em diferentes momentos do percurso formativo. Esta competência foi particularmente desenvolvida no âmbito do Projeto de Intervenção, mas também ao

longo das diversas atividades inseridas no estágio, que exigiram uma atuação estratégica, centrada na promoção da qualidade dos cuidados.

Enquanto líder do projeto “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 e que vivem sós”, foi necessário ao longo do percurso, reconhecer e adaptar o estilo de liderança e gerir os recursos de forma a otimizar a resposta da equipa e a articulação com a equipa de saúde. A gestão do tempo revelou-se desafiante devido à complexa articulação com os participantes do projeto, na fase de agendamento das visitas domiciliárias, o que implicou a negociação constante de recursos e a reorganização das tarefas para assegurar a continuidade do projeto, sem prejuízo das atividades integradas no estágio.

No âmbito do desenvolvimento desta competência, torna-se importante integrar a procura ativa de parcerias locais, essenciais para a consecução dos objetivos delineados no projeto, nomeadamente a articulação estratégica com a USF e a Câmara Municipal. Paralelamente, foi enriquecedor a identificação e envolvimento de stakeholders relevantes, que permitiram sustentar propostas de colaboração com base na inovação tecnológica, e com vista à obtenção de ganhos em saúde da população alvo. Estas atividades refletem a capacidade da mestranda desenvolver processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde através da iniciativa de identificar e avaliar recursos, neste caso tecnológicos, e liderar a sua divulgação junto das entidades que apoiam a satisfação das necessidades da comunidade (Regulamento nº 348/2015, 2015).

A dificuldade na obtenção de dados das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos que viviam sós, suscitou na mestranda a necessidade de análise de pontos de melhoria nos registos de enfermagem. A constatação da possibilidade de identificação de agregados familiares unipessoais alocados à identificação do utente no sistema de informação, fomentou a realização de uma recomendação às equipas multidisciplinares na reunião de apresentação final do projeto por forma a promover eficácia na organização dos cuidados de saúde (Regulamento nº 348/2015, 2015).

A gestão de climas organizacionais distintos no desenvolvimento do projeto de intervenção, foi um desafio à adaptação do estilo de liderança de projeto. Ferreira et al. (2025) mencionam o clima organizacional em que decorre a prestação de cuidados como fator modificador da qualidade e eficiência, aspeto que a mestranda considerou atentamente, criando estratégias adaptadas às situações e ao contexto.

Ao longo do estágio, os vários momentos de discussão com a professora orientadora e enfermeiros tutores representam a procura por uma liderança informada e consciente do projeto de intervenção, na medida em que os peritos são uma mais-valia pelo conhecimento e experiência na área. Segundo Benner (2001), o desenvolvimento da competência clínica e da liderança em enfermagem apoia-se na partilha de saberes entre profissionais com diferentes níveis de experiência, o que contribui para o crescimento pessoal e profissional.

Estas ações estiveram alinhadas com o objetivo do plano de competências, com vista ao desenvolvimento das competências de gestão e coordenação dos cuidados de enfermagem. Consideramos assim, a competência no domínio da Gestão de Cuidados como adquirida.

d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

Foi desenvolvida a capacidade de autoaprendizagem, na procura pela melhor evidência científica e através da mobilização de conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares deste curso de Mestrado. O exercício profissional aliado à prática de auto-reflexão, gerou respostas de adaptabilidade individual e organizacional ao longo deste percurso académico, um dos objetivos definidos no plano de competências.

A praxis clínica especializada foi sustentada na melhor evidência científica, obtida através de uma exaustiva pesquisa bibliográfica. Adicionalmente, importa considerar o desenvolvimento das aprendizagens obtida através das relações com os diferentes profissionais que integram a equipa multiprofissional da USP e UCC, que ao longo do percurso transmitiram conhecimentos valiosos, enquanto peritos nestes contextos.

O reconhecimento de lacunas e oportunidades de investigação na prática clínica especializada foi o ponto de partida para a construção de um instrumento de colheita de dados raiz, que acreditamos ter permitido um diagnóstico mais fidedigno, facilitando políticas locais e estratégias comunitárias de saúde pública mais ajustadas.

O percurso de construção do questionário foi relevante no desenvolvimento da assertividade nas relações profissionais, tendo a técnica do consenso de peritos desempenhado um papel central neste processo. Ao envolver diferentes peritos na construção do instrumento, foi necessário um autoconhecimento profundo para

reconhecer as próprias limitações, adaptando a comunicação às diversas perspetivas, o implicou à mestranda deter conhecimento de si enquanto pessoa e profissional, premissa essencial no desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ao longo do estágio, integrando a ECCI, foram prestados cuidados de enfermagem à pessoa/grupos e comunidades, a utentes com perda de funcionalidade num contexto domiciliário. Foi possível desenvolver intervenções da enfermagem especializada na promoção da gestão da doença crónica na pessoa com diabetes mellitus, onde se aliou a elaboração de uma Scoping Review, cujo protocolo se encontra no Apêndice XXIV, que sustentou a melhor atuação enquanto EEESCSP, alicerçando a tomada de decisão e a prática clínica, em evidência científica; um dos objetivos traçados no plano de competências da mestranda.

Esta Scoping Review, criou conhecimento científico que contribuiu para a atualização das práticas clínicas na UCC, aumentando a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados. De acordo com o Regulamento nº 140/2019, a elaboração da Scoping Review demonstra a capacidade da mestranda na identificação de uma lacuna do conhecimento e uma oportunidade relevante de investigação, atuando como dinamizadora de práticas atualizadas, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi também potenciado pela participação em eventos de natureza científica, nomeadamente através da participação no Encontro “Envelhecimento Protegido” (Anexo V). Foram ainda apresentadas duas comunicações livres, uma no 12º Encontro da UCC (Anexo VI e Anexo VII) e outra nas V Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz. Consideramos que estas participações da mestranda potenciaram a cultura de aprendizagem contínua e disseminação do conhecimento científico dentro das unidades que integrou.

O Regulamento nº 140/2019 descreve a avaliação do impacto da formação como critério de avaliação das competências comuns de enfermeiro especialista. Sendo este estágio, uma parte integrante do percurso formativo, o presente relatório de estágio é por si só, uma representação da reflexão e consequente avaliação que a mestranda concretizou desta etapa formativa.

Com base no exposto, e tendo cumprido os objetivos do plano de competências elaborado, consideramos a competência em análise adquirida.

3.2 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

As competências específicas “(...) 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.” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4745).

Pretende-se estabelecer uma ponte entre as competências específicas do enfermeiro especialista adquiridas ao longo desta unidade curricular e as intervenções de enfermagem realizadas. Remetendo para o Regulamento n.º 428/2018, apresentam-se de seguida os contributos do estágio para a aquisição de cada um dos domínios das Competências Específicas do EEESCSP:

a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O desenvolvimento desta competência específica implicou a mobilização integrada de conhecimentos teóricos, competências técnicas e capacidades relacionais, aplicadas de forma sistemática ao longo do estágio. Para tal, foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde em todas as suas fases, desde o diagnóstico de situação até à avaliação dos resultados.

O ponto de partida consistiu na caracterização da comunidade abrangida pela USP. A articulação de dados provenientes do BI-CSP da USP com o Perfil Local de Saúde possibilitou uma análise detalhada da população, constituindo um instrumento fundamental para a avaliação do estado de saúde e para a identificação das suas necessidades.

As reuniões de equipa multidisciplinar potenciaram a identificação de indicadores epidemiológicos, variáveis socioeconómicas e ambientais que determinam as áreas

prioritárias para elaboração de um diagnóstico de situação. Esta recolha e análise de dados corresponde ao que o Regulamento n.º 428/2018, define como critério fundamental para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade: a capacidade de recolher e integrar informação epidemiológica, socioeconómica e ambiental.

A definição do perfil de saúde da população em estudo, permitiu compreender prioridades previamente estabelecidas nos contextos de estágio, das quais resultou o projeto “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”. Face à vulnerabilidade acrescida deste grupo, associada à longevidade, tornou-se pertinente desenvolver um diagnóstico aprofundado com o objetivo de identificar as principais necessidades das pessoas idosas.

A mestranda, concomitantemente, procurou a melhor evidência científica na fundamentação do diagnóstico de situação das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós, e de acordo com o preconizado no Regulamento n.º 428/2018, estabeleceu uma rede de causalidade entre os problemas mais frequentes nesta população, por forma a sustentar a pertinência deste diagnóstico de situação.

Este percurso foi crucial para reconhecer a importância de uma avaliação mais aprofundada desta comunidade e, simultaneamente, para perceber a escassez de dados disponíveis. Tal constatação levou ao desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados que permitiu obter informação, contribuindo para um conhecimento mais sólido da realidade em estudo. À luz do Regulamento n.º 348/2015, este instrumento foi concebido com base nos determinantes de saúde, nomeadamente os fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que influenciam o estado de saúde da população.

A avaliação do estado de saúde da comunidade foi concretizada através da síntese de indicadores relevantes, articulando-se com a competência do EEESCSP em análise. Determinado o perfil de saúde da população alvo, foram definidas prioridades com um grupo de enfermeiros peritos, utilizando critérios objetivos e uma tomada de decisão sobre as necessidades em saúde, em consonância com o PNS (Regulamento n.º 428/2018, 2018), que destaca o comportamento desfavorável da variação percentual da taxa de “Anos de Vida com Incapacidade” derivada da ocorrência de quedas (DGS, 2022).

A recolha de dados através de visitas domiciliárias, teve importantes desafios. A programação das mesmas, dada a idade dos participantes, foi conseguida através do importante envolvimento dos conviventes significativos do grupo/comunidade individual no processo de cuidados, elemento inerente à satisfação de grupos e comunidades previsto no Regulamento n.º 348/2015. Tendo em conta o ambiente da recolha de dados, a mestranda procedeu à recolha de dados com respeito pela pessoa e empatia nas interações, minimizando o impacto negativo no grupo-alvo (Regulamento n.º 348/2015).

A utilização de competências de escuta ativa e comunicação terapêutica foi essencial para ultrapassar as barreiras e garantir a validade da informação recolhida. Esta abordagem possibilitou, ainda, o reconhecimento de determinantes menos visíveis, não detetadas por indicadores estatísticos, enriquecendo o perfil de saúde da comunidade, nomeadamente aspetos de segurança ambiental observados no domicílio da pessoa.

A prevenção de complicações faz parte da procura permanente da excelência no exercício profissional, emergindo a rigorosa identificação dos problemas potenciais da comunidade, ação inerente à gestão do risco. Os cuidados do EEESCSP implicam “a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 348/2015, 16483). Neste sentido, e no âmbito do diagnóstico de situação realizado, existiram problemas que não sendo priorizados, não foram ignorados, nomeadamente ausência de vigilância veterinária dos animais de estimação e a presença de dor referida pelos participantes. Sendo importantes parceiros no projeto de intervenção, os enfermeiros de família da USF, receberam a referenciação destes casos identificados.

A mestranda seguiu rigorosamente todas as etapas do planeamento em saúde no projeto. Após a priorização dos problemas, definiram-se objetivos mensuráveis que serviram de base às estratégias de intervenção articuladas onde a mestranda foi líder de um processo de capacitação, e desenvolveu importantes ferramentas de negociação com vista à participação multissetorial, à luz do Regulamento n.º 428/2018. Esta atuação visou não só a procura de informação privilegiada acerca das tecnologias de suporte à pessoa idosa junto de stakeholders, mas também o trabalho de promoção de estabelecimento de rede/parceria através da intervenção junto da Câmara Municipal.

A criação de uma grelha de suporte à avaliação da eficácia das intervenções após sessão de educação para a saúde, facilitou a sistematização de informação na visita de avaliação aos participantes, e promoveu uma monitorização mais rica da eficácia do projeto. Constitui a etapa final da metodologia de projeto e um dever ético do investigador, através da divulgação do trabalho realizado e dos resultados obtidos com o projeto de intervenção (Regulamento n.º 428/2018).

Em suma, consideramos atingido o objetivo delineado no Plano de Competências: Desenvolver competências na avaliação do estado de saúde de uma comunidade, utilizando a metodologia do planeamento em saúde, o que remete para a aquisição da competência em análise.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Esta competência foi desenvolvida pelo compromisso de liderança ao longo de todo o projeto de intervenção, na identificação e resolução das necessidades de saúde da comunidade, que levou a uma compreensão efetiva da importância da atuação do EEESCSP.

O processo de capacitação da população de idade igual ou superior a 90 anos que vive só, teve por base uma abordagem ativa na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde, não só atendendo às limitações da comunidade como também ao contexto de intervenção. Foi concebido, implementado e avaliado o projeto de intervenção, caracterizado por mobilização de conhecimentos de diferentes disciplinas, nomeadamente a nível da comunicação em saúde, essencial na capacitação destas pessoas (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

A mestranda reconheceu a complexidade da intervenção em âmbito domiciliário, adequando a estratégia de capacitação ao espaço e recursos, minimizando o impacto negativo no ambiente da pessoa. Realizou a intervenção com rigor técnico e científico, assumindo processos de mediação com as pessoas idosas e cuidadores de forma a contribuir para a prevenção de quedas, seguindo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados do EEESCSP (Regulamento n.º 348/2015).

Importa ainda destacar, a mobilização de parceiros comunitários e criação de sinergias entre setor da saúde (UCC) e o setor social (entidade Câmara Municipal) que pretendeu a continuidade do projeto, mas acima de tudo a sensibilização para a

problemática desta comunidade específica, identificada no Diagnóstico de Situação. Com vista a intensificar os ganhos da intervenção do EEESCSP na população alvo deste projeto, destaca-se a procura por informações com peritos na área da tecnologia em saúde, que fomentou o desenvolvimento de estratégias de marketing em saúde, enquanto importante atributo do EEESCSP (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

No âmbito do projeto de intervenção, a adequação de estratégias de divulgação da informação, tais como o manual e o panfleto realizados pela mestranda, permitiram disponibilizar informação adequada às características do grupo, e potenciar o envolvimento comunitário na prevenção de quedas através da parceria com profissionais de saúde da USF, UCC e USP, que constituem agentes ativos na disseminação da informação. “A investigação tem demonstrado que os programas de promoção da saúde, baseados na teoria da difusão da informação, pode colocar a saúde na agenda pública, reforçar as mensagens de saúde, estimular as pessoas a procurar mais informação e, em alguns casos, dar origem a estilos de vida saudáveis” (Regulamento n.º 348/2015, p.16485).

Para o desenvolvimento da competência em análise, foram realizadas também outras atividades ao longo do estágio, inseridas no planeamento de atividades da USP e UCC. Neste sentido, a mestranda integrou as mesmas, não como líder do processo de capacitação, mas como interveniente ativa, participando no planeamento, dinamização e avaliação dos programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

No âmbito da saúde escolar foram realizadas sessões de educação para a saúde a grupos de crianças e jovens dos 4 aos 15 anos, agrupados por proximidade de faixas etárias. As sessões tinham o tema “Primeiros socorros e suporte básico de vida”, e foi utilizado o método expositivo, participativo e demonstrativo com recurso ainda a treino de técnica de SBV. Todas as sessões estavam previamente concebidas e com plano sessão realizado UCC.

Houve ainda participação ativa em três das sete sessões de educação para a saúde a jovens do 3º ciclo e secundário, no âmbito do Programa “Mais contigo”, um programa de promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários em meio escolar. A intervenção em meio escolar envolveu também colaboração nas consultas de enfermagem de acompanhamento a crianças e jovens, importante para

sedimentar conhecimentos e adquirir competências na mobilização de parceiros/grupos na comunidade para resolução de problemas de saúde, nomeadamente professores, psicólogos, instituições de solidariedade social, PSP, entre outros.

Na UCC houve oportunidade de integrar a equipa de cuidados continuados integrados e contribuir para o processo de capacitação de utentes, familiares e cuidadores informais. Operacionalizando os resultados da Scoping Review (Apêndice XXIV) aos utentes aplicáveis, foi possível uma intervenção da mestranda à luz das competências de EEESCSP, ajustada às necessidades encontradas e sustentada pela evidência científica (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O contributo nos processos de intervenção comunitária em comunidades com maior vulnerabilidade e necessidades específicas, nomeadamente diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas, permitiram à mestranda o desenvolvimento de ferramentas para contribuir para o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, conforme estipula o Regulamento n.º 428/2018.

Na USP, a participação em consultas de enfermagem no âmbito da consulta do viajante e consultas de enfermagem pré e pós exposição MPox, que integram uma componente de educação para a saúde estruturada na USP, foram contributos na capacidade de identificação de problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas, mas também numa correta gestão e disponibilização de informação adequada às características dos grupos e comunidades.

Considera-se que o estágio potenciou oportunidades ricas na promoção da saúde, um dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do EEESCSP (Regulamento n.º 348/2015, 2015), permitindo à mestranda atingir o objetivo delineado no seu plano de competências: promover a capacitação de grupos e comunidades, objetivando a consecução de projetos de saúde coletivos. Assim sendo, consideramos atingida a competência em análise.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS

Foi operacionalizado um Projeto de Intervenção na Comunidade, tendo em conta as diretrizes do PNS 2021-2030 e a ENEAS, tal como já enquadrado neste trabalho.

A população alvo deste projeto de intervenção é considerada pelo PNS como população vulnerável, devido à dupla condição: serem pessoas idosas e viverem sós. A intervenção nesta comunidade está alinhada com PNS 2021-2030 que prioriza estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes demográfico-sociais, mais especificamente ao envelhecimento da população que se caracteriza por um aumento da longevidade, acompanhado da diminuição dos anos de vida saudável (DGS, 2022). Neste contexto, participei ativamente no planeamento da intervenção, desde o diagnóstico de situação à definição de objetivos e estratégias adaptadas. Para a intervenção na população idosa procurou-se alinhar com a recomendação do PNS que preconiza uma abordagem inovadora que permita à pessoa idosa permanecer na sua residência, através de cuidados de proximidade (DGS, 2022).

Os problemas identificados neste diagnóstico de situação referem-se a problemas reconhecidos tanto no PNS como na ENEAS. A queda apresenta dados desfavoráveis quando analisados os anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade (DGS, 2022) e representa para a ENEAS um problema que implica com a necessidade de criação de ambientes físicos que garantam a segurança (ENEAS, 2017), aspeto que foi integrado na intervenção comunitária.

Umas das linhas de intervenção do EEESCSP é a introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde, o que surgiu no âmbito deste projeto de intervenção na sensibilização realizada às equipas envolvidas acerca da importância do registo do campo adequado no sistema informático *Sclinico CSP*. A dificuldade na identificação das pessoas idosas que vivem sós, com ausência de registo que possibilite uma extração de dados mais facilitadora, potenciou a análise de aspetos de aperfeiçoamento. Esta análise constituiu uma forma de monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados, contribuindo para a continuidade do projeto e para a consolidação das orientações da ENEAS.

Foram operacionalizados diferentes Programas de Saúde, principalmente o Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Saúde Mental, Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, Hepatites Virais, Infecção VIH/SIDA e Programa Nacional para a Tuberculose. Durante o estágio na USP e na UCC existiu oportunidade de participar em grande parte dos programas considerados prioritários (SNS, 2022), estando envolvida não só na execução das atividades, mas também em momentos de planeamento e discussão multidisciplinar, o que favoreceu a compreensão da operacionalização dos programas de saúde, essencial à coordenação dos mesmos.

A intervenção foi alinhada com as prioridades e estratégias definidas no PNS, contribuindo para uma maior efetividade e eficiência das políticas públicas de saúde, e para uma maior efetividade na resposta às vulnerabilidades identificadas em cada contexto, tendo sido alcançada a competência delineada no plano de atividades. Consideramos que a competência em análise foi atingida.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O desenvolvimento desta competência, essencial ao perfil do EEESCSP, implicou a mobilização de conhecimentos e capacidades para atuar na vigilância epidemiológica com base nos determinantes sociais, ambientais e demográficos da saúde. A mestranda integrou-se ativamente nas dinâmicas da vigilância epidemiológica no território, assumindo interventivo no diagnóstico de saúde da comunidade e na identificação de riscos para a população, nomeadamente através do projeto de intervenção.

O diagnóstico de situação das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós, teve com base a análise de dados epidemiológicos e permitiu, não apenas reconhecer os principais problemas de saúde e os seus determinantes, mas também formular estratégias de intervenção sustentadas. A participação em programas de educação e promoção da saúde, bem como em iniciativas de rastreio e vigilância ativa, reforçou o desenvolvimento da competência em análise, realçando o EEESCSP como elemento-chave na proteção e melhoria da saúde da população.

Foi concebido um instrumento de recolha de dados que permitiu a avaliação do estado de saúde da comunidade alvo, o qual, após análise estatística dos resultados, gerou indicadores que permitiram a identificação dos problemas de saúde para traçar

o perfil do grupo. Para além deste aspeto, ao longo do estágio, a mestranda participou na elaboração de dois documentos que guiam a colheita de dados para avaliação do estado de saúde de uma comunidade, nomeadamente uma Norma de Procedimento da Consulta de Enfermagem de vacinação pós exposição MPox e uma Orientação de Intervenção MPox para a realização do Inquérito Epidemiológico (Anexo VIII). Estes documentos assumem-se como contributos importantes na padronização da prática e na promoção da qualidade e segurança da intervenção na USP, reforçando a capacidade da mestranda atuar de forma sistematizada e baseada em evidência.

De destacar na análise do desenvolvimento desta competência, a colaboração com a USP na monitorização de fenómenos saúde-doença e na previsão de tendências epidemiológicas, utilizando indicadores estatísticos e instrumentos normativos, como o SINAVE. A mestranda teve intervenção direta na triagem, análise e seguimento de casos de notificação obrigatória, o que incluiu contacto telefónico com utentes, validação de critérios clínicos e articulação com equipas de saúde para garantir uma resposta eficaz.

No Centro de Diagnóstico Pneumológico, a mestranda participou ativamente no rastreio e tratamento da tuberculose, nomeadamente na colheita de amostras, preparação de terapêutica tuberculostática em Toma Observada Direta e rastreio de sintomas numa instituição de apoio social, atividades que reforçaram a competência de resposta a situações de risco coletivo (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

À luz do Regulamento n.º 428/2018, espera-se que o EEESCSP participe nos processos inerentes à saúde ambiental, pelo que a perceção da intervenção das técnicas de saúde ambiental foi essencial na compreensão de toda dimensão de atuação da USP neste domínio. Realizou-se o acompanhamento da vigilância ambiental e sanitária no âmbito dos seguintes programas: Programa Local Rede de Vigilância de Vetores, Programa de vigilância sanitária das piscinas e jacuzzis de utilização coletiva, Programa de vigilância sanitária dos fontanários e Programa de vigilância sanitária da água de abastecimento público. A aquisição de conhecimento no terreno acerca destes aspetos, foi essencial na capacidade de relacionar esta vigilância com a monitorização dos fenómenos saúde-doença da população.

A mestranda integrou equipas multidisciplinares e participou na articulação interinstitucional em diversas atividades, como a Vacinação Gripe e COVID-19 e o

Programa de vigilância dos estabelecimentos de apoio social. Estas atividades possibilitaram o desenvolvimento de competências de comunicação e cooperação institucional, essenciais à vigilância de saúde (Regulamento n.º 428/2018).

Ao longo do desenvolvimento do estágio e no decorrer das atividades mencionadas, a mestrandia desenvolveu competências no âmbito da vigilância epidemiológica da região, atingindo o objetivo delineado no plano de competências. Demonstrou domínio técnico e científico, pensamento crítico e capacidade de intervenção em múltiplos contextos, atributos essenciais ao EEESCSP. Considera-se por isso alcançada a competência em análise.

3.3 CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As atividades desenvolvidas no âmbito do estágio contribuíram decisivamente para a consolidação das competências exigidas ao grau de mestre, conforme definidas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018. Este diploma articula-se com os Descritores de Dublin, que especificam as competências e níveis de aprendizagem exigidos na União Europeia para o grau de mestre, assegurando que o enfermeiro especialista desenvolva capacidades aprofundadas de investigação, aplicação do conhecimento, pensamento crítico e comunicação eficaz, essenciais para a prática avançada e a liderança em saúde.

Desta forma, os resultados do estágio serão apresentados e analisados tendo em conta as principais competências previstas, conforme se segue:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e sustentados na investigação

O projeto “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós” partiu de uma necessidade real sentida no terreno e foi fundamentado numa revisão rigorosa da literatura científica e nas políticas de saúde atuais. A pertinência deste projeto assenta na premissa de que a “(...) investigação sobre as necessidades das pessoas mais velhas poderá ser muito relevante para a adequação das respostas em saúde com implicações na qualidade de vida, na

autonomia, na maximização da independência e na maior satisfação dos familiares cuidadores, contribuindo para que se viva mais e melhor” (Néné & Sequeira, 2022, p.XIX).

A realização do Diagnóstico da Situação com recurso à Metodologia de Planeamento da Saúde contribuiu para que a mestranda desenvolvesse os conhecimentos e as capacidades fundamentais à compreensão dos problemas, centrada na área de especialização, que sustentam uma prática baseada na evidência, na qual a investigação o exercício da investigação é essencial (Néné & Sequeira, 2022).

Ao longo do percurso, a construção e aplicação de um instrumento original de colheita de dados demonstrou a capacidade para a mestranda aplicar conhecimento científico e produzir conhecimento contextualizado, nomeadamente recorrendo ao tratamento estatístico, formulação de indicadores e reflexão crítica orientada para a prática profissional. A validação de conteúdo do instrumento através da técnica de consenso de peritos, e o pré teste, reforçaram a robustez científica da ferramenta.

O processo de planeamento da amostragem e o processo de colheita de dados às pessoas idosas demonstram a capacidade em operacionalizar conceitos teóricos em instrumentos aplicáveis à realidade, respeitando princípios éticos e metodológicos, como o consentimento informado e a confidencialidade.

O tratamento estatístico dos dados envolveu análise descritiva e a interpretação dos resultados, cruzada com o conhecimento contextual e com os determinantes de saúde em análise, permitiu gerar conhecimento útil e aplicado, suportando a formulação de prioridades e recomendações práticas, o que é demonstrativo da integração da investigação na tomada de decisão na área de especialidade.

“Em saúde, toda a margem de erro deve ser minimizada, o que só é possível com uma prática clínica suportada em investigação de qualidade” (Néné & Sequeira, 2022, p.XVII). São necessárias as melhores evidências científicas para a tomada de decisão, tendo sido realizada a Scoping Review por forma a contribuir para a atualização das práticas clínicas na UCC, aumentando a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados.

Consideramos que a mestranda adquiriu a competência em análise, tendo revelado conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados e sustentados na investigação ao longo do estágio.

b) Aplicação de conhecimentos em contextos novos e multidisciplinares

A abordagem comunitária, por si só, exigiu a aplicação de conhecimentos em contextos complexos e não familiares, nunca integrados nos 17 anos de percurso profissional da mestranda. A autonomia do enfermeiro nesta área de atuação foi uma das oportunidades mais enriquecedoras de desenvolvimento de competências de EEESCSP.

A enfermagem comunitária mostrou-se um campo de atuação privilegiado de aplicação dos saberes e experiência adquiridos, onde são valiosos os contributos das diferentes experiências profissionais de cada um. A imprevisibilidade dos problemas, dos recursos, do tempo disponível e até dos obstáculos encontrados, é diferente quando se intervém no contexto da comunidade, e este aspeto foi essencial na capacidade de planeamento e inovação.

A interação com vários parceiros da comunidade, permitiu um conhecimento diferenciado das redes de suporte comunitárias e mobilização dos meios necessários à resolução de problemas identificados, ampliando a perspetiva da mestranda acerca intervenção em saúde e conhecimentos em rede. Simultaneamente, a promoção da saúde em contexto comunitário, através da realização de sessões de educação para a saúde, visitas domiciliárias, contacto com grupos em situação de vulnerabilidade social, exigiu a capacidade de ajustar a comunicação e a intervenção à diversidade cultural e social, aplicando conhecimentos num quadro relacional desafiante e imprevisível.

Por sua vez, a atuação em programas de vigilância epidemiológica e saúde ambiental para além de fomentar a capacidade de adaptação e intervenção em contextos intersectoriais, permitiu uma relação e cooperação multidisciplinar. A visão abrangente de toda a dinâmica de intervenção de uma USP, contribuiu para o desenvolvimento de competências previstas para este mestrado e aperfeiçoamento das competências adquiridas ao longo do percurso profissional.

A necessidade de reformular estratégias, cronogramas, adaptar instrumentos e linguagem técnica revelou uma postura crítica e flexível da mestranda, essencial à atuação enquanto mestre em enfermagem, em cenários em constante mutação.

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

A elaboração do diagnóstico de situação, a interpretação de dados em cenário de informação limitada obrigou à autoformação e à busca constante de conhecimentos sólidos e válidos, de forma a saber lidar com situações novas e complexas, tomando decisões baseadas na melhor evidência científica.

A capacidade de comunicar e transmitir os conhecimentos e raciocínios subjacentes à tomada de decisões, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, foi desenvolvida através da realização de várias reuniões de equipa para apresentação e discussão do projeto, e ainda uma reunião final onde se apresentaram importantes sugestões de melhoria à prática clínica.

A elaboração do diagnóstico de situação, num cenário de dados fragmentados e ausência de levantamentos prévios sobre a população alvo, implicou que a mestranda desenvolvesse estratégias adaptativas para responder à lacuna de informação. A opção metodológica por um questionário estruturado e aplicado presencialmente, permitiu colmatar a insuficiência de dados, e exigiu à mestranda uma avaliação cuidada das dimensões a avaliar e dos limites éticos do questionário, especialmente tendo em conta a vulnerabilidade dos participantes (Néné & Sequeira, 2022).

Durante o decorrer do projeto de intervenção, a etapa da definição de prioridades em saúde exigiu competências analíticas e julgamento ético em resposta às necessidades da população alvo. Esta resposta foi planeada de forma responsável e com consciência social, refletindo o compromisso ético do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Ao longo do estágio, o acompanhamento de bairros vulneráveis, a intervenção em situações de violência e negligência a pessoas idosas e situações complexas no âmbito de saúde escolar, colocaram a mestranda perante situações que exigem maior capacidade de atuar dentro dos limites legais e éticos da profissão, em prol da proteção e defesa dos direitos dos envolvidos.

Estas situações implicam capacidade de reflexão em dois tipos de limites: limites das próprias competências, ao fazer a análise da intervenção; e os limites à ação, impostas pela vontade expressa das pessoas que se pretende cuidar (Nunes, 2016b). Com esta reflexão foi possível identificar as dificuldades e procurar os critérios de ação que respeitem não só à pessoa alvo de cuidados, como a própria mestrandia (Nunes, 2016b). Esta prática foi sempre alicerçada na Responsabilidade profissional, ética e legal, competência comum do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019, 2019).

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades

Ao longo do estágio, a comunicação assumiu um papel essencial como instrumento estratégico de mobilização e articulação entre diferentes atores e contextos. A mestrandia foi desafiada a adaptar o seu discurso técnico a diferentes públicos, desde as populações mais vulneráveis da comunidade até a profissionais altamente especializados, garantindo sempre clareza, rigor científico e adequação sociocultural.

A apresentação de resultados e propostas de intervenção baseadas em evidência, a especialistas e não especialistas, demonstrou domínio comunicativo, clareza e assertividade, que foram demonstradas nas reuniões para divulgação dos resultados com as equipas de enfermagem da UCC, USF e equipa multidisciplinar da USP.

No final do estágio, foi apresentada à equipa multidisciplinar da USP o resultado da Norma de Procedimento da Consulta de Enfermagem de vacinação pós exposição MPox e da Orientação de Intervenção MPox para a realização do Inquérito Epidemiológico (Anexo VIII). Estes momentos foram fulcrais na melhoria das competências de comunicação com equipas multiprofissionais, que pela natureza da intervenção de cada um, fornecem importantes contributos à discussão. Desta forma, a mestrandia desenvolveu a competência de uma comunicação assertiva por forma a transmitir o raciocínio de forma sustentada.

Ao longo do projeto, foram desenvolvidas duas comunicações livres, uma no 12º Encontro da UCC (Anexo VI e Anexo VII) e outra nas V Jornadas Científicas Universitárias e Politécnicas Egas Moniz. Estas comunicações científicas tiveram como objetivo apresentar o percurso de construção de um instrumento de colheita de dados no âmbito do projeto de intervenção “Diagnóstico de situação das pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”.

Em síntese, a capacidade de comunicar raciocínios clínicos, científicos e éticos de forma clara, estruturada e adequada ao público-alvo foi amplamente desenvolvida ao longo do estágio, demonstrando a maturidade profissional e académica exigida a um mestre em enfermagem.

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo

O estágio exigiu investigação ativa, autorreflexão, construção de ferramentas próprias e adaptação a realidades desafiantes. Estas experiências fomentaram uma atitude de aprendizagem permanente, crítica e autónoma, essencial para a evolução na prática baseada na evidência e no desenvolvimento contínuo da profissão. Ao longo de todo o estágio houve uma procura pelo conhecimento de forma autónoma, o que promoveu o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A construção do desenho de estudo, incluindo a elaboração de um questionário, partiu de uma revisão sistematizada da literatura, processo que envolveu o domínio de novas metodologias de pesquisa e análise crítica da produção científica relevante. A ausência de instrumentos previamente validados para este grupo populacional obrigou à mobilização de competências de pesquisa, síntese e adaptação, com autonomia na tomada de decisões metodológicas fundamentadas.

A necessidade constante de adaptação à imprevisibilidade dos contextos comunitários, o contacto com diferentes realidades socioculturais e institucionais e a interação com equipas multidisciplinares reforçaram a capacidade de autoavaliação, flexibilidade e desenvolvimento de estratégias pessoais de superação de dificuldades. A ausência de soluções padronizadas evidenciou o valor da aprendizagem em contexto real, que exige uma permanente atualização.

Esta trajetória de aprendizagem revelou um elevado grau de autonomia e auto-orientação, confirmando a aquisição desta competência essencial ao grau de mestre.

Conclui-se que todas as competências anteriormente referidas foram alcançadas com sucesso. As atividades desenvolvidas não só responderam aos objetivos da Unidade Curricular de Estágio e Relatório, como também evidenciaram a aquisição plena das competências que definem um mestre em enfermagem, conforme previsto na legislação em vigor.

4. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio reflete o percurso formativo no âmbito do ensino clínico, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Ao longo deste percurso, foram consolidados conhecimentos teóricos e operacionalizadas atividades estruturadas, que favoreceram o desenvolvimento de competências essenciais para o exercício da prática especializada em enfermagem comunitária e de saúde pública, bem como das competências inerentes ao grau de mestre.

O estágio realizado permitiu atingir de forma plena os objetivos inicialmente delineados, proporcionando um percurso formativo sólido e coerente com o perfil de competências do EEESCSP. A integração ativa nas equipas da USP e UCC permitiu compreender a dinâmica dos diferentes níveis de cuidados e a sua articulação na resposta às necessidades da população. Ambos os contextos constituíram oportunidades privilegiadas para o planeamento, implementação e avaliação de intervenções dirigidas a grupos e comunidades, fomentando a capacidade de raciocínio e tomada de decisão fundamentada perante problemas complexos. A descrição reflexiva das experiências e atividades desenvolvidas ao longo deste relatório concretiza, assim, o primeiro objetivo delineado.

O segundo objetivo, centrado na aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde, foi operacionalizado através da implementação do projeto de intervenção “Diagnóstico de Situação das Pessoas Idosas com idade igual ou superior a 90 anos e que vivem sós”. Este projeto, de carácter piloto, permitiu percorrer todas as etapas da metodologia, desde o diagnóstico de situação até à avaliação, num processo sustentado, que teve como foco a identificação e compreensão das vulnerabilidades de uma população particularmente envelhecida, cuja realidade se encontrava ainda pouco explorada em termos de intervenção comunitária.

A intervenção foi desenvolvida num contexto de prática até então desconhecido para a mestranda, o que reforçou a importância da análise crítica e da capacidade de adaptação ao longo de todas as fases do planeamento. As decisões tomadas foram sempre fundamentadas na evidência científica, mas também enriquecidas pelos contributos de peritos e pelas equipas multiprofissionais envolvidas, garantindo a adequação da resposta às especificidades da população-alvo.

Neste sentido, considera-se que o segundo objetivo foi plenamente alcançado, demonstrando a capacidade de aplicar, de forma rigorosa e contextualizada, a metodologia de Planejamento em Saúde enquanto ferramenta estratégica de intervenção comunitária.

Os terceiro e quarto objetivos definidos para este relatório referem-se à aquisição e desenvolvimento das competências de EEESCSP, bem como das competências avançadas inerentes ao grau de mestre. Em resposta a estes objetivos, foi realizada uma análise crítica ao longo de todo o relatório, com particular destaque no capítulo três, onde se evidencia de forma estruturada o processo de consolidação dessas competências.

A experiência de ensino clínico, desenvolvida em duas instituições promotoras da saúde na comunidade (USP e UCC), proporcionou à mestranda um conjunto alargado de ferramentas que contribuíram significativamente para o crescimento profissional, pessoal e académico. Por sua vez, o projeto de intervenção descrito neste relatório é a forma de demonstrar o desenvolvimento dessas competências e a evidência da capacidade de planejar e executar intervenção, com impacto na obtenção de ganhos em saúde para a comunidade.

A mestranda participou ativamente nas equipas multiprofissionais, fomentando o pensamento crítico, a tomada de decisão ética e fundamentada, e a adaptação da prática às especificidades das populações em situação de maior vulnerabilidade. Estes contextos permitiram, ainda, o exercício de uma comunicação eficaz, da autonomia profissional e da gestão da prática baseada na evidência, elementos centrais das competências comuns e específicas do EEESCSP e das competências de mestre em enfermagem. Neste sentido, consideramos alcançados os terceiro e quarto objetivos delineados para este relatório de estágio.

O envelhecimento populacional, em particular o aumento da longevidade, coloca desafios complexos à saúde pública e aos cuidados de proximidade, exigindo respostas adaptadas às especificidades da população de uma faixa etária pouco explorada, as pessoas idosas com 90 ou mais anos. Esta premissa sustenta a pertinência de um projeto de intervenção que se mostrou desafiante. Através de abordagem multifatorial centrada na prevenção de quedas na pessoa idosa, promoveu-se a capacitação das pessoas idosas e dos seus cuidadores, bem como a mobilização das

equipas locais e instituições da comunidade para uma intervenção integrada na problemática considerada neste projeto.

A promoção de um envelhecimento em segurança e a mobilização de equipas de saúde e parceiros comunitários para ações integradas no âmbito das quedas nas pessoas idosas, representam alguns dos ganhos em saúde potenciados por este projeto. Importa realçar outros ganhos, nomeadamente, em resposta a prioridades consideradas pelo PNS e ENEAS. Assim, assegurou-se a um nível local, a identificação das pessoas idosas que vivem sós conforme prioridade do PNS e, realizou-se uma avaliação da funcionalidade dessas pessoas, considerando os fatores de risco da idade avançada e residência a sós, conforme estipulado pela ENEAS.

Não obstante os resultados alcançados, o projeto de intervenção enfrentou importantes obstáculos, que foram alvo de reflexão ao longo do percurso. Alguns dos obstáculos encontram-se traduzidos em propostas de melhoria, o que significa que a mestranda realizou uma reflexão crítica e construtiva perante as dificuldades encontradas no percurso.

A inexistência de dados sobre a população-alvo foi o primeiro obstáculo encontrado, e que dificultou o diagnóstico inicial. Apesar da dificuldade ter sido ultrapassada através da colaboração entre equipas e criação de parceria, salienta-se a necessidade de reforçar os sistemas de informação em saúde sensíveis ao envelhecimento extremo. Como propostas de melhoria, foi proposto à UCC, USP e USF, o preenchimento de campo adequado à identificação de agregados unipessoais em *SClínico*. Esta informação pode facilitar o processo de identificação futura das pessoas que vivem sozinhas.

A complexa articulação com os participantes deste projeto foi uma limitação considerável no momento da marcação das visitas domiciliárias para aplicação do instrumento de colheita de dados. Sendo a primeira abordagem a uma pessoa idosa com 90 ou mais anos que vive só, a marcação de uma visita domiciliária por uma enfermeira que não conhecem, foi por si só um obstáculo. O recurso às pessoas de referência foi uma alternativa em algumas situações, mas que também causou dificuldades acrescidas no planeamento, ficando dependentes da disponibilidade dos mesmos para se deslocarem à habitação da pessoa idosa que reside só.

Pela complexidade na abordagem destas situações, e apelando à manutenção do cuidado e segurança das pessoas idosas, foi imperativo o respeito pelo tempo e a disponibilidade destas pessoas, mesmo quando tal implicou constrangimentos ao nível do calendário do projeto. Esta limitação inicial foi ultrapassada após a primeira visita domiciliária, momento em que o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito pelo ambiente da pessoa se revelou determinante na aceitação e continuidade da intervenção.

Outro obstáculo que marca este projeto, prende-se com a duração limitada do estágio que impediu a avaliação do impacto a longo prazo, nomeadamente no que diz respeito à redução efetiva de quedas. Apesar disso, foi criada uma alternativa através de indicadores imediatos e intermédios que demonstraram aquisições relevantes de conhecimento e uma perceção positiva por parte dos participantes.

Identificou-se uma limitação na mobilização das instituições comunitárias. Apesar da reunião com a Câmara Municipal ter sido realizada dentro do período útil do projeto, a avaliação formal da parceria ficou condicionada à realização de encontros posteriores com o setor social de apoio à população idosa, os quais decorreram para além do tempo definido para este estágio, impossibilitando o acompanhamento direto por parte da mestrandia. Ciente desta limitação e com o objetivo de assegurar a continuidade da intervenção, foi garantida a entrega à UCC e USP de toda a documentação produzida, bem como a disponibilização dos conteúdos informativos e dos materiais desenvolvidos durante o projeto. Esta ação visou facilitar a integração e continuidade futura da intervenção, reforçando o compromisso com a comunidade e com as entidades parceiras.

Considerando este projeto de intervenção e a avaliação do mesmo, torna-se pertinente uma proposta de melhoria para a sua continuidade e eventual replicação futura que seria a integração de uma entidade parceira que apoiasse na divulgação e operacionalização do projeto, para facilitar a complexa e demorada colheita de dados e intervenção no domicílio dos participantes. Consideramos que a disponibilização de tempo e recursos será o principal obstáculo à continuidade deste projeto.

Aliado ao envelhecimento populacional e aumento dos agregados familiares unipessoais, destacamos uma proposta de melhoria, que foi apresentada às equipas de saúde e entidade parceira, que diz respeito à replicação de um diagnóstico de situação

noutras faixas etárias da população idosa, abrangendo uma amostra maior, possibilitando a identificação de necessidades e aprioridades de atuação, assim como avaliação dos ganhos em saúde na comunidade idosa.

Nesta conclusão, importa também considerar uma análise sobre os aspetos facilitadores ao longo deste estágio, nomeadamente a disponibilidade, partilha, envolvimento e acompanhamento por parte de todos os enfermeiros de ambos os contextos (USP e UCC), em especial dos enfermeiros orientadores, que me proporcionaram todas as oportunidades possíveis de aprendizagem que possibilitaram o alcance dos objetivos de estágio, enriquecendo o meu percurso de aprendizagem. Importa considerar a equipa da USF, importante parceira e aliada fundamental para a operacionalização do diagnóstico, o que demonstra o valor do trabalho em rede no contexto comunitário.

Todo este percurso se revelou profundamente enriquecedor e desafiador, exigindo a mobilização de competências técnicas, humanas e relacionais, mas também a capacidade de resiliência, firmeza e tolerância perante os obstáculos. Este crescimento pessoal e profissional constitui, sem dúvida, um dos maiores ganhos deste estágio.

Em suma, este percurso foi pautado por um exercício contínuo de reflexão crítica, que permitiu reconhecer o planeamento em saúde como uma ferramenta estratégica de transformação, sustentada na evidência científica, nos princípios éticos e nas especificidades reais das populações. A articulação entre o referencial teórico, a prática em contexto de estágio e projeto e a experiência profissional prévia potenciou uma abordagem analítica, flexível e adaptativa, capaz de responder com pertinência às necessidades e dinâmicas concretas encontradas no terreno.

Concluo referindo que foi neste desafio que descobri o verdadeiro alcance da enfermagem comunitária: um exercício de cuidar com proximidade, planejar com visão e intervir com propósito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (2020). *Perfis de Saúde: Perfil Local de Saúde 2017*. Ministério da Saúde. https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2020/10/PeLS2017_Almada_Seixal.pdf
- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F. Laranjeira, J. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde Capacitação dos Profissionais de saúde*. Direção Geral da Saúde.
- Álvares, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS*. Universidade Aberta. https://www.academia.edu/90449636/Introdu%C3%A7%C3%A3o_%C3%A0_investiga%C3%A7%C3%A3o_quantitativa_e_an%C3%A1lise_SPSS
- Alves, R. C., Colichi, R. M. B., Lima, S. A. M. (2022). Tecnologias de monitoramento para prevenção de acidentes por quedas de idoso em ambiente hospitalar. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 8(2), 73-92. <https://doi.org/10.29035/pai.8.2.73>
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Nursing practice in home care: an integrative literature review. [Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura]. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(1), 210–219. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- Araújo, G. & Galante, S. (2024). Com adesão ao regime terapêutico comprometida in L. Sousa, O. Araújo, C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1ªed., pp.3-8). Lidel.
- Ávila, A. K. B. D., Costa, M. I. F. D., Oliveira, V. C., Rocha, G. K. A., Costa, F. E. D. S., Viana, A. B., & Holanda, R.-E. (2023). A enfermagem e os desafios e potencialidades das visitas domiciliares. *Cadernos ESP*, 17(1), e1504. <https://doi.org/10.54620/cadesp.v17i1.1504>
- Baltes, P., Lindenberger, U., Staudinger, U. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. In n R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*, (6th ed. Vol.1, pp. 569–664). <https://doi.org/10.1002/9780470147658.chpsy0111>
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardes, R (2023). Avaliar o Risco de Queda em Unidades de Cuidados de Longa Duração in C. Baixinho, I. Agostinho, T. Nascimento & C. Marques-Vieira (Eds.) *Gerir o Risco de Queda: Perspetivas e Tendências* (1ªed., pp.77-84). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/47710>. ISBN 978-989-53445-2-9.
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2024). *Área dos CSP da ULS Almada / Seixal*. [Consultado a 24 de julho de 2024]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/932/30033/Pages/default.aspxbiufs/3/932/30033/Pages/default.aspx>

- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2025a). *Planos de Ação 2024: UCC Seixal*. [Consultado a 18 de fevereiro de 2025]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2025b). *UCC Seixal*. [Consultado a 1 de março de 2025]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/932/30033/3151651/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2025c). *USP Almada-Seixal*. [Consultado a 2 de março de 2025]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/932/30033/3150321/Pages/default.aspx>
- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. (2025d). *Planos de Ação 2023: USP Almada/Seixal*. [Consultado a 18 de fevereiro de 2025]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(11), 1021–1027. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6)
- Brás, R. J. (2025). Os desafios da governação clínica nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 41(2), 178–184. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v41i2.14033>
- Câmara Municipal de Almada [CMA]. (2021). *Teleassistência*. [Consultado em 22 de novembro de 2024]. Disponível em <https://www.cm-almada.pt/intervencao-social/solidariedade-e-inclusao/teleassistencia-0>
- Câmara Municipal de Coimbra [CMC]. (2025). *Programa Municipal Voz Amiga – Serviço de Teleassistência para Idosos*. [Consultado em 22 de novembro de 2024]. Disponível em <https://www.cm-coimbra.pt/areas/viver/social/gerontologia-e-envelhecimento-ativo-e-saudavel/programa-de-assistencia-telefonica-a-idosos-projeto-voz-amiga>
- Carrageta, M. O. (2021). *Temas em Geriatria Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Carvalho, E. A., Júnior, T. T. N., Nogueira, I. L. A., Silva, C. J. A., Queiroz, A. A. R., & Menezes, R. M. P. (2022). Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. *Enfermería Global*, 21(4), 172–215. <https://doi.org/10.6018/eglobal.508511>
- CENIE. (2018, 26 de janeiro). *A velhice já não começa aos 65 anos*. [Consultado em 10 de outubro de 2024]. Disponível em <https://cenie.eu/pt/noticias/velhice-j-nao-comeca-aos-65-anos#:~:text=Por%20esta%20raz%C3%A3o,%20um%20comit%C3%A9%20conjunto%20de%20ambas%20as%20sociedades>
- Cruz, S., G., C. (2023). *A Importância da Avaliação Multidimensional na Prevenção das Síndromes Geriátricas* (Tese de mestrado). Escola Superior de Educação de Coimbra. [Consultado em 12 de agosto de 2024]. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/44610/1/SILENE_CRUZ.pdf

- Decreto-Lei n.º 81/2009 do Ministério do Saúde. (2009). Diário da República n.º 65/2009, Série I de 2 de abril de 2009. 2058-2062. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>
- Decreto-lei n.º 137/2013 do Ministério do Saúde. (2013). Diário da República n.º 193/2013, Série I de 7 de outubro de 2013. 6050-6061. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 16 de agosto de 2018. 4147–4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). *Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Diário da República n.º 74/2009, Série II de 16 de abril de 2009. 15438-15440. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2022). *Plano nacional de saúde. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Ministério da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf
- Escola Superior de Enfermagem do Porto [ESEP]. (2020). *FRADE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. [Consultado em 12 de agosto de 2024]. Disponível em <https://i-d.esenf.pt/frade-2/>
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz [ESSEM]. (2023a, 10 de maio). *Instrução para a elaboração do projeto e relatório de estágio dos mestrados em Enfermagem*. I-EM-EE-18. Rev.0. Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL. Monte da Caparica
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz [ESSEM]. (2023b, 28 de setembro). *Regulamento| Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. R-EM-DE-47. Rev. 0. Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL. Monte da Caparica
- Escola Superior de Saúde Egas Moniz [ESSEM] (2024). *Orientação Pedagógica para a UC de Enfermagem Clínica*. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública: UC Estágio/ Estágio e Relatório. Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL. Monte da Caparica
- Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo [ENEAS]. (2017). *Grupo de trabalho para a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. Governo de Portugal. [Consultado em 19 de julho de 2024]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Fernandes dos Santos, P. H., Sampaio, D. G., Stival, M. M., Lima, L. R. de, Santos, W. S., & Funghetto, S. S. (2021). Intervenções de enfermagem para prevenção de quedas em idosos na atenção primária: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), e021089. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1104>
- Ferreira, M., Figueiredo, M., Guedes, V., Marques, A. F., Lopes, A. R., Moreira, A. R., Santos, M., Lopes, M., Gomes, T. V., & Peixoto, M. J. (2021). Enfermagem

- familiar em cuidados de saúde primários: percepção dos cidadãos sobre os cuidados de Enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 25(2), 77–90. Consultado em <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v25i2.187>
- Ferreira, M.T., Ramalho, S., Silva, T., Oliveira, F., Gonçalves, R., & Araújo, N. (2025). Impacto da governação clínica em enfermagem: uma revisão sistemática literatura. *Millenium -Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(27), e40383. <https://doi.org/10.29352/mill0227.40383>
- Fittipaldi, A. L. M., O'Dwyer, G., & Henriques, P. (2021). Educação em saúde na atenção primária: As abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200806. <https://doi.org/10.1590/interface.200806>
- Fonseca, A. M. (2022). Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>
- Fortin, M., F. (2009). *O processo de investigação da concepção à realização* (2ªed.) Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda
- Freitas, J. P. C., & Alberti, L. R. (2013). Application of the Braden Scale in the home setting: Incidence and factors associated with pressure ulcers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(6), 515–521. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000600002>
- Galvão, A. & Gomes, M., J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (Coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares* (Vol. I, pp. 159-168). Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021galvaogomes>
- Gil, A. C. (2017). *Como elaborar projetos de pesquisa* 6.ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, I. & Almeida, M. L. (2024). Solidão nas pessoas idosas in Sousa. L., Araújo. O., Sequeira. C. (Coords), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1ªed., pp.3-8). Lidel.
- Gonçalves, A. (2022). *Declínio funcional dos idosos e o envelhecimento ativo* [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [Consultado em 16 de setembro de 2024]. Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Heiden, J., & Santos, W. (2012). Benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos. *Agora: Revista de divulgação científica*, 16(2esp.), 487–496. <https://doi.org/10.24302/agora.v16i2esp.138>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- International Council os Nurses [ICN]. (2015). CIPE®: versão 2015: *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). *Censos 2021: resultados definitivos - Portugal*. ISBN 978-989-25-0619-7. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024a). *População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Versão: 1.1 (28 Jun 2024 16:08:52). [Consultado em 2 de março de 2025]. Disponível em <https://tabulador.ine.pt/CENSOS2021/?lang=PT&q=>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024b). *Taxa de variação da população residente (2011- 2021) (%) por Local de residência à data dos censos [2021] (NUTS - 2013), sexo e grupo etário (por ciclos de vida)*. Versão: 1.1 (28 Jun 2024 16:08:52). [Consultado em 2 de março de 2025]. Disponível em <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011605>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2024c). *Índice de envelhecimento (N.º) por local de residência à data dos censos [2021] (NUTS - 2013) e Sexo*. Versão: 1.1 (28 Jun 2024 16:08:52). [Consultado em 2 de março de 2025]. Disponível em <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610>
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards*. https://museologia-portugal.net/files/shared_dublin_descriptors_for_short_cycle_first_cycle.pdf
- Junior, S., Gama, I. C. S., da Silva, T. A., Andrade, N. de O., Figueiredo, N. M., Santana, M. de P., Montalvão, G. H. M. R., Kwiatkoski, M., Seixas, R. A. M., & Luchesi, B. M. (2021). Como estão vivendo os idosos em extrema longevidade de uma cidade do Centro-Oeste brasileiro?. *Revista Kairós-Gerontologia*, 24(2), 285–307. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i2p285-307>
- Lage, I., Braga, F., Almendra, M., Meneses, F., Teixeira, L., & Araújo, O. (2023). Older People Living Alone: A Predictive Model of Fall Risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph20136284>
- Lana, L. D., & Kuhn, B. J. B. (2018). Fatores de risco e consequências da queda em idosos: revisão integrativa. *Revista De Enfermagem*, 13(13), 95–105. <https://revistas.fw.uri.br/revistadeenfermagem/article/view/2529>
- Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Universidade Católica Editora. <https://doi.org/10.34632/9789725408155>
- Llano, P. M. P., Langue, C., Sequeira, C. (2024). Síndrome de fragilidade das pessoas mais velhas in Sousa, L., Araújo, O., Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1ªed., pp.3-8). Lidel
- Lopes, M., Goes, M., Pinho, L. G., & Gouveia, C. (2024). O processo de envelhecimento na perspetiva do curso de vida: transições e percursos de cuidados. In L. Sousa, O. Araújo, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1ª ed., pp. 3–8). Lidel.
- Maduro, A. & Figueiredo, M. C. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção de queda dos idosos: Uma scoping review. *Revista da UI IPSantarém*. Edição Temática: Ciências da Saúde. 9(1), 274–290. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24849>
- Maia, J. C., Diniz, J. L., Sousa, C. R., Oliveira, F. G. L., Evangelista, B. P., Coutinho, J. F. V., Marques, M. B., Barbosa, R. B. G. (2023). Interactive gerontechnology

- for fall prevention in the elderly: a descriptive study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), 20220739. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0739pt>
- Mallmann, D. G., Neto, N. M., Sousa, J. d., & Vasconcelos, E. M. (2015). Educação em saúde como principal alternativa para promover. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>
- Maurício, A. A. R., Chiacchio, S. S. R., Ribeiro, E. D. C., Bezerra, A. P. D. S., Silva, P. N. S. D., Rezende, A. M. L., Silva, S. W. A., Cândido, F. V., Bonadiman, D. L., Beraldo, L. C. D. S. O., Lima, O. D. S. F. C., & Lima, A. B. (2024). Educação em saúde e a promoção do envelhecimento saudável: Estratégias para a terceira idade. *IOSR Journal of Business and Management*, 26(11), 23–32. <https://doi.org/10.9790/487x-2611082332>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel
- MINI-COG© (2022). *Indicações do MINI-COG©*. [Consultado em 6 de junho de 2025]. Disponível em <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>
- Miranda, D. P., Santos, T. D. dos, Santo, F. H. do E., Pinho, C. L. de, & Barreto, E. A. (2019). Quedas em idosos em ambiente domiciliar: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 2017(0). <https://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.2017-n.0-art.560>
- Moraes, E. & Lopes, P. (2023). *Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. ISBN 978-65-88631-34-8
- Néné, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lidel - Edições Técnicas Lda. Lisboa. ISBN: 978-989-752-490-5.
- Nora, C. R. D., Deodato, S., Vieira, M. M. D. S., & Zoboli, E. L. C. P. (2016). Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(2), e4500014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600450001>
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7–17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>
- Observatório das Desigualdades. (2020, 15 de março). *Anos de Vida Saudável*. Observatório das Desigualdades. [Consultado a 15 de novembro de 2024]. Disponível em <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/2020/03/15/anos-de-vida-saudavel/des.com/2020/03/15/anos-de-vida-saudavel/>
- Oliveira, T., Baixinho, C. L., & Henriques, M. A. (2018). Prevention of Falls - Interventions in the Home Visits to the Elderly: Scoping Review. *International Journal of Clinical Skills*, 12(1), 203–210. <https://www.ijocs.org/clinical-journal/prevention-of-falls--interventions-in-the-home-visits-to-the-elderly-scoping-review.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021). *Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos

Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10880/programa_formativo_ec_spu_b_sfamiliar_rev34-vf.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. (6^a ed). St Louis: Mosby

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2020). *Atenção integrada para os idosos (ICOPE): orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária*. Organização Mundial de Saúde. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2022). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. Organização Mundial de Saúde. Consultado em <https://doi.org/10.37774/9789275726587>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2023). *Guia de adaptação e implementação de diretrizes baseadas em evidências*. Organização Mundial de Saúde. Consultado em <https://doi.org/10.37774/9789275727010>

Park, S. K., Kim, H. J., Lee, Y.-M., & Kim, H. Y. (2024). Nomogram for Predicting the Risk Factors for Falls in Older People: A Secondary Data Analysis Based on the 2021 Community Health Survey. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1–11. <https://doi.org/10.1177/00469580241273173>

Pedreira, L., Belmonte, M., Sampaio, R., Pinto, I., Santos, J., & Amorim, R. (2023). Gestão do risco de quedas em pessoas idosas na transição hospital-domicílio. In C. Baixinho, I. Agostinho, T. Nascimento & C. Marques-Vieira (Eds.), *Gerir o risco de queda: Perspetivas e tendências* (1.^a ed., pp. 77–84). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/47710>. ISBN 978-989-53445-2-9

Pereira, P. V. & Monteiro, R., C., R., V. (2018). *A importância do pré-teste na validação de um questionário: por correlação e grau de confiabilidade*. Cited2018 - Congresso Internacional de Ciência, Tecnologia e Desenvolvimento. Universidade de Taubaté. <https://www.researchgate.net/publication/353632725>

Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem: da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau - Formação e Saúde, Lda. ISBN: 978-989-8269-17-1.

Pineault, R. & Daveluy, C. (1992). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. (2^a ed.) Madrid: Masson.

Pocinho, R., Carrana, P., Cruz, C., Margarido, E., Santos, R. D. (2024). O Envelhecimento em Portugal: estado atual e perspectivas futuras in Sousa, L., Araújo, O., Sequeira, C. (Coords.), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1^aed., pp.3-8). Lidel.

PORDATA. (2024a). *Variação populacional, saldo natural e saldo migratório*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consultado em 6 de setembro de 2024]. Disponível em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/variacao-populacional-saldo-natural-e-saldo-migratorio>

- PORDATA. (2024b). *Esperança de vida à nascença por sexo: Quantos anos pode uma pessoa esperar viver, em média, quando nasce em Portugal?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consultado em 6 de setembro de 2024]. Disponível em <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-nascenca-por-sexo>
- PORDATA. (2024c). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os censos*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consultado em 6 de setembro de 2024]. Disponível em https://www.pordata.pt/pt/search?search=indice+envelhecimento&items_per_page=9&sort_bef_combine=changed_ASC
- Presidência do Conselho de Ministros. (2024, 12 de janeiro). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 14/2024*. Diário da República, Série I. 31-78. https://pessoas2030.gov.pt/wp-content/uploads/sites/19/2024/01/RCM-n.-14.2024_12.01.pdf
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. (2013). *Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico (2ªed.)*. Editora Feevale. <https://books.google.pt/books?id=zUDsAQAAQBAJ>. ISBN: 9788577171583
- Queirós, P., Vidinha, T., Almeida Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 348/2015. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Diário da República n.º 118/2015; Série II de 19 de junho de 2015. 16481-16486. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Regulamento n.º 428/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. Diário da República n.º 135/2018, Série II, de 16 de julho de 2018. 19354-19359. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, n.º 26, Série II de 06 de fevereiro de 2019. 4744-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- República Portuguesa. (2024). *Plano de ação do envelhecimento ativo e saudável (2023-2026)*. [Consultado em 03.11.2024]. Disponível em https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026-1.pdf
- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109–115. <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2008.v23n2/109-115/pt>
- Sá, P., Costa, A. P., & Moreira, A. (Orgs.) (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados*. UA Editora. <http://dx.doi.org/10.34624/ka02-fq42>

- Santos, A. J., Braz, P., Gomez, V., Folha, T., Alves, T., & Dias, C. M. (2022). *Envelhecimento e saúde: caracterização da saúde da população idosa em Portugal* (Relatório elaborado em dezembro de 2020 e revisto em janeiro de 2022). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; Ministério da Saúde. ISBN 978-989-8794-80-2
- Schaefer, R., & Vieira, M. (2015). Competência ética como recurso de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 24(2), 563–573. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001032014>
- Seabra, A. (2019). Avaliação Multidimensional do Idoso - A Experiência na Consulta de Geriatria do CHUC. [Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina apresentado à Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra] Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89554>
- Sequeira, C. (2024). Diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa mais velha in L. Sousa, O. Araújo & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem em Gerontologia e Geriatria* (1ªed., pp.3-8). Lidel
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2022). Programas de Saúde Prioritários. SNS. [Consultado em 18.05.2025]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/>
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2025). *Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE*. SNS. [Consultado em 18.05.2025]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-de-almada-seixal/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS]. (2020). *SClínico: Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. [Consultado em 18 de setembro de 2024]. Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>
- Silva, M. (2023). Desafios à tecnologia para a transferência do conhecimento sobre prevenção de quedas para a população idosa. In C. Baixinho, I. Agostinho, T. Nascimento & C. Marques-Vieira (Eds.), *Gerir o risco de queda: Perspetivas e tendências* (1.ª ed., pp. 77–84). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/47710>. ISBN 978-989-53445-2-9
- Siquenique, S. (2015). *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo: domínios e instrumentos de avaliação* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Nova de Lisboa. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/11119>
- Sobral, C. G. C. (2015). *Avaliação Multidimensional (OARS) do Idoso na Cidade de Bragança* [Trabalho de Projeto para obtenção de Grau de Mestre]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12692/1/Sobral_Catarina.pdf
- Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C. M. A., Caldevilla, M. N. G. N. de, Henriques, C. M. A. D., Severino, S. S. P., & Caldeira, S. (2017a). Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 37(4). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.5503>

- Sousa, F. A. M. R., Goulart, M. J. G., Braga, A. M. S., Medeiros, C. M. O., Rego, D. C. M., Vieira, F.G., Pereira, H. J. A. R., Tavares, H. M. C. V., Loura, M. M. P. (2017b). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública*. 51, 11. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006460>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª ed.). Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Taylor, S. (2004). Dorothea E. Orem: Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. In A. M. Tomey, & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed., pp. 211-235). Lusididata
- Thomas, D. B., Oenning, N. S., & Goulart, B. N. (2018). Aspectos essenciais na construção de instrumentos de coleta de dados em pesquisas primárias de saúde. *Revista CEFAC*, 20(5), 657–664. <https://doi.org/10.1590/1982-021620182053218>
- UCC Seixal (2024a). *Missão, Visão e Valores*. [Consultado a 20 de dezembro de 2024]. Disponível em <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/missao-visao-e-valores>
- UCC Seixal (2024b). *Carteira de Serviços*. [Consultado a 20 de dezembro de 2024]. Disponível em <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/carteira-de-servicos>
- UCC Seixal (2024c). *Quem somos*. UCC Seixal (2024c). Quem somos. Acedido a 20/12/2024. Disponível em <https://sites.google.com/site/uccdoseixal/logotipo>
- Unidade Local de Saúde Almada Seixal [ULSAS]. (2024). *Regulamento Interno da Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, E.P.E (versão homologada)* (Despacho n.º 25/2024, de 18 de novembro). Ministério da Saúde. https://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2020/09/REG_9097-RegulamentoInternoULSAlmada-Seixal_v1_homologadoMinSaude.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on ageing and health*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. ISBN 9789240694811
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Integrated care for older people (ICOPE): A manual for nurses (Trainee's handbook)*. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. ISBN 978-92-9022-753-3
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-003834-9
- World Health Organization [WHO]. (2023). *Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021-2023*. World Health Organization. ISBN 978-92-4007-969-4

ANEXOS

ANEXO I: Autorização projeto Coordenadora da USP

Exma. Sr.^a Delegada de Saúde Coordenadora da Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, solicito a sua autorização para desenvolver o meu projeto de estágio na Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o título “Diagnóstico de Situação do Idoso com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós”.

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário. Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

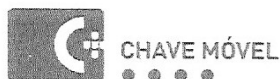
Com os melhores cumprimentos,

Almada, 23 de Setembro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.09.23 10:30:11+01'00'



TC: 23-09-24
ALMADA SEIXAL
Unidade de Saúde Pública
Av. Rainha D. Leonor, nº 2, 5º piso
2809 - 010 Almada Tel: 50852

ANEXO II: Autorização projeto Enfermeira Gestora da USP

Autorizado
23/09/2024
ACES ALMADA SEIXAL

Exma. Sr.^a Enfermeira Gestora da Unidade de Saúde Pública Almada Seixal

Enfermeira Gestora
Margarida Sota

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, solicito a sua autorização para desenvolver o meu projeto de estágio na Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o título "Diagnóstico de Situação do Idoso com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós".

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário.
Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 23 de Setembro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.09.23 10:19:44+01'00'



ANEXO III: Autorização projeto Coordenadora da UCC



RE: Pedido autorização_projeto estágio EEESCSP

De UCC Seixal - Coordenação | ACES Almada-Seixal <ucc.seixal.coord@ulsas.min-saude.pt>

Data Sex, 27/09/2024 13:48

Para Marina Isabel Rodrigues Carreira <118579@egasmonizpt.onmicrosoft.com>

Bom dia Enfª Marina,
Tal como falado telefonicamente, e após esclarecimento de algumas questões referentes ao seu projeto,
autorizamos o desenvolvimento do seu projeto de intervenção na UCC Seixal, em contexto de Estágio da Especialidade.

Com os melhores cumprimentos,

Maria João Morais

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Coordenadora UCC Seixal



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA-SEIXAL

UCC SEIXAL

Largo Mundet - Bairro novo

2840-481 Seixal | PORTUGAL

Tel.: +351 212274819 | Tlm: +351 966521544

ucc.seixal.coord@arslv.min-saude.pt

www.hgo.min-saude.pt

ANEXO IV: Parecer da Comissão de Ética e Conselho de Administração da ULS

Almada Seixal



PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Unidade Local de Saúde Almada Seixal E.P.E.

Título: Projeto intitulado "Diagnóstico de situação dos idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivam sós".

Investigador Principal: En^h Marina Isabel Rodrigues Carreira

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital Garcia de Orta informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade ☒ maioria ☐ em reunião do dia 29/10/2024.

Estiveram presentes:

☒ Nome: Dra Natália Dias (Presidente)

☒ Nome: Dra Ana Soares

☐ Nome: Dra Aurora Tomaz

☐ Nome: Dra Benedita Nunes

☐ Nome: Dra Cátia Gradil

☐ Nome: Dra Eunice Teixeira

☒ Nome: Dra Isabel Pereirinha

☐ Nome: Dr. José Luis Metello

☒ Nome: Dr. Manuel Quintãos

☒ Nome: Dr. Miguel Rodrigues

☒ Nome: En^h Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 28/11/2024.



O Conselho de Administração

Almada, 28/11/2024

ANEXO V: Certificado de participação no Encontro “Envelhecimento Protegido”

ENCONTRO
ENVELHECIMENTO
PROTEGIDO

18 OUT 2024
Coimbra

SPSP



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE SAÚDE PÚBLICA
Portuguese Society of Public Health

Certifica-se que Marina Isabel Rodrigues Carreira participou no Encontro Envelhecimento Protegido, organizado pela Sociedade Portuguesa de Saúde Pública, no dia 18 de outubro de 2024, em Coimbra.

Secretário-Geral
Assinado por: **João José de Morais Joaquim**
Num. de Identificação: 08530412
Data: 2024.11.09 19:45:57+00'00'
Localização: SPSp - Lisboa



A Direção,



ANEXO VI: Certificado de Comunicação Livre no "12º Encontro da Unidade de
Cuidados na Comunidade de Seixal"

12.º Encontro da Unidade de
Cuidados na Comunidade do Seixal
Agir na comunidade:
Integração de Cuidados na ULS

CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO

Certifica-se que Marina Carreira apresentou o trabalho na forma de comunicação Livre intitulada *Diagnóstico de situação dos idosos que vivem sós: construção de um instrumento de colheita de dados*, elaborada por Marina Carreira; Sónia Fernandes; Daniela Santos e Helena Correia, no 12º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC Seixal) da Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal (ULSAS), realizado nos 24 e 25 de outubro de 2024, no Auditório dos Serviços Centrais da Câmara Municipal do Seixal.

Almada, 25 de outubro de 2024

Comissão Organizadora do 12º Encontro da UCC Seixal



ANEXO VII: 2º prémio na Comunicação Livre realizada no "12º Encontro da
Unidade de Cuidados na Comunidade de Seixal":


 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
 ALMADA - SEIXAL

12.º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal
Agir na comunidade:
Integração de Cuidados na ULS

CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE

Certifica-se que Plácida Coimbra
 apresentaram o trabalho na forma de Comunicação livre intitulada
Diagnóstico de situação dos idosos que vivem soz no **12º Encontro da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC Seixal)** da Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal (ULSAS), realizado nos **24 e 25 de outubro de 2024**, no Auditório dos Serviços Centrais da Câmara Municipal do Seixal.
 A esta participação foi-lhe atribuído o **2º Prémio**.

Almada, 25 de outubro de 2024

Pela Comissão Organizadora do 12º Encontro da UCC Seixal



ANEXO VIII: Declaração participação na elaboração de Norma de Procedimento
e Orientação de Intervenção MPox na USP



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL

Declaração

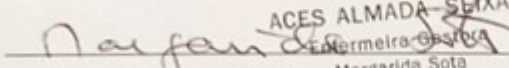
Para os devidos efeitos, declara-se que a Enfermeira Marina Isabel Rodrigues Carreira, Estudante do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, realizou o seu estágio da Unidade Curricular - Estágio e Projeto, referente ao 2º ano do curso de mestrado. O estágio realizou-se na Unidade de Saúde Pública da ULS Almada Seixal- Higeia, de 20 de Maio a 21 de Junho 2024 e de 8 de Setembro a 2 de Novembro 2024.

A estudante foi orientada pela Enfermeira Tutora: Enfermeira Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária Daniela Santos e pela Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Sónia Fernandes.

No decorrer deste estágio, entre outras intervenções autónomas / actividades, participou na elaboração da Norma de Procedimento da Consulta de Enfermagem de vacinação pós exposição Mpox e na Orientação de intervenção Mpox para a realização de Inquerito epidemiológico desta Doença de Notificação Obrigatória.

Por me ter sido solicitada, e na qualidade de Enfermeira Gestora desta Unidade Funcional, passo a presente declaração.

Almada, 12 de Fevereiro de 2025


ACES ALMADA-SEIXAL
Enfermeira Gestora
Margarida Sota
Enfermeira Gestora

APÊNDICES

APÊNDICE I: Instrumento colheita de dados: Questionário

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - QUESTIONÁRIO

DIMENSÃO SOCIODEMOGRÁFICA		
A. CARACTERIZAÇÃO PESSOAL E FAMILIAR		
1	Qual a sua idade?	_____ anos
2	Sexo	Masculino ☐ Feminino ☐
3	Qual a sua nacionalidade?	Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual? _____
4	Qual a sua naturalidade?	_____
5	Qual a freguesia da sua residência?	Amora ☐ Corroios ☐ Fernão Ferro ☐ Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires ☐
6	Qual o seu estado civil?	Solteiro (a) ☐ Casado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ União Facto ☐ Separado (a) ☐
7	Qual a sua religião?	Adventista ☐ Agnóstico ☐ Ateu ☐ Católica ☐ Evangélico ☐ Testemunha de Jeová ☐ Outra ☐ Qual? _____
8	Qual o seu nível de escolaridade?	Não frequentou escola ☐ 1º ciclo incompleto (não terminou 4ª classe) ☐ 1º ciclo completo (4ª classe) ☐ 2º ciclo (6º ano) ☐ 3º ciclo (9º ano) ☐ Ensino Secundário (12º ano) ☐ Ensino Superior ☐ Curso Profissional ☐ Se respondeu “ Não frequentou escola ” ou “ 1º ciclo incompleto (não terminou 4ª classe) ”, sabe ler e escrever? Sim ☐ Não ☐
9	Tem filhos?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”, quantos filhos tem? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐
10	Vive sozinho (a) há quanto tempo?	Menos de 1 ano ☐ Mais de 1 e menos de 3 anos ☐ Mais de 3 e menos de 5 anos ☐ Mais de 5 e menos de 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐
11	Com quem vivia anteriormente?	Sempre viveu só ☐ Com o cônjuge ☐ Com filho(a) ☐ Vivia numa Instituição ☐ Outro ☐ Qual? _____
B. CARACTERIZAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL E ECONÓMICA		
1	Qual a sua profissão?	_____
2	Qual a sua situação	Ativo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐

	profissional atual?	Reformado, mas ainda a trabalhar ☐ Outro ☐ Qual? _____ Se respondeu "Reformado", qual a idade em que se reformou? _____ Se respondeu "Reformado", qual o motivo da reforma? Idade ☐ Doença/ incapacidade ☐ Outra ☐ Qual? _____
3	Qual a sua situação financeira atual?	Confortável ☐ Suficiente para as necessidades ☐ Tenho algumas dificuldades ☐ É muito problemática ☐
4	Recebe alguma ajuda económica?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu " Não ", passe à secção "C.1. Recurso a telecomunicações"
5	De quem recebe o apoio financeiro?	Estado (Complemento Solidário para Idosos) ☐ Família ☐ Amigos ☐ Outro ☐ Qual? _____
C. CARACTERIZAÇÃO DAS REDES DE APOIO E SOCIABILIDADES		
C.1. Recurso a telecomunicações		
1	Tem telefone fixo no seu domicílio?	Sim ☐ Sim, tem, mas não utiliza ☐ Não ☐ Se respondeu " Sim ": Utiliza o telefone fixo sem dificuldade ☐ Utiliza o telefone fixo com dificuldade ☐
2	Tem telemóvel?	Sim ☐ Sim, tem, mas não utiliza ☐ Não ☐ Se respondeu " Sim ": Utiliza o telemóvel sem dificuldade ☐ Utiliza o telemóvel com dificuldade ☐ Qual a utilidade que lhe dá habitualmente? Chamadas telefónicas ☐ Comunicação por mensagens ☐ Chamadas de vídeo ☐ Navegar na internet ☐
3	Já alguma vez teve necessidade de pedir ajuda, para uma emergência de saúde?	Sim ☐ Não ☐ Tem alguém de referência para contactar numa situação dessas? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu " Sim ": que relação tem com a pessoa de referência? Familiar ☐ Amigo ☐ Vizinho ☐ Instituição de apoio ☐

		Outro ☐ Quem? _____
C.2. Apoios		
1	Tem alguém que lhe preste um apoio regular?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “C.3. Atividades de Lazer”
2	Quem lhe presta esse apoio?	Serviço de Apoio Domiciliário ☐ Qual a instituição? _____ Familiar ☐ Grau de parentesco? _____ Vizinho ☐ Amigo ☐ Outro ☐ Quem? _____
3	Que tipo de apoio é prestado?	Cuidados de Higiene e conforto ☐ Alimentação ☐ Companhia ☐ Apoio doméstico ☐ Compras para casa ☐ Organização da Medicação ☐ Outro ☐ Qual? _____
4	Com que regularidade esse apoio é prestado?	Menos do que 1 vez por mês ☐ Mensal ☐ Quinzenal ☐ Semanal ☐ Entre 4 a 6 dias semana ☐ Entre 2 a 3 dias semana ☐ Diário ☐ Se respondeu “ Diário ”: quantas vezes/dia? 1 vez por dia ☐ 2 vezes por dia ☐ 3 vezes por dia ☐ 4 vezes por dia ou mais ☐
5	Esse apoio é pago?	Sim ☐ Não ☐
C.3. Atividades de Lazer		
1	Realiza alguma atividade de lazer (atividade de distração ou ocupação de tempos livres)?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “C.4. Utilização de serviços”
2	Que atividades de lazer realiza habitualmente?	Ouvir música ☐ Ler ☐ Ouvir rádio ☐ Ir ao Centro de dia ☐ Passear / Ir a Excursões ☐ Ver TV ☐ Navegar na internet ☐ Realizar trabalhos manuais ☐ Realizar Jogos ☐ Costura ☐ Conviver com amigos ☐ Conviver com família ☐ Ir à Associação recreativa /coletividade ☐ Outras ☐ Quais? _____
3	Com que regularidade pratica as atividades de lazer?	Menos que 1 vez mês ☐ Mensal ☐ Quinzenal ☐ Semanal ☐ Entre 2 a 3 dias semana ☐ Entre 4 a 6 dias semana ☐ Diariamente ☐

C.4. Utilização de serviços		
1	Desloca-se ao exterior para usufruir de algum bem ou serviço?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “Dimensão Habitacional: A. Características da habitação”
2	Que tipo de serviços utiliza regularmente?	Farmácia ☐ Igreja/capela ☐ Forças de segurança ☐ mercearia/mercado ☐ Café/restaurante ☐ Cabeleireiro ☐ Serviços sociais ☐ Serviços de Saúde ☐ Manicure/pedicure ☐ Instituição bancária (banco) ☐ Posto dos Correios (CTT) ☐ Outro ☐ Qual? _____
3	Como se desloca?	A pé ☐ De transporte público/ táxi ☐ Conduz viatura própria ☐ Transporte a cargo de familiares/amigos ☐ Outro ☐ Qual? _____

DIMENSÃO HABITACIONAL		
A. CARACTERÍSTICAS DA HABITAÇÃO		
1	Qual dos regimes de ocupação indicados diz respeito à sua habitação?	Habitação arrendada ☐ Habitação cedida ☐ Habitação própria ☐ Habitação social ☐
2	Qual o tipo de alojamento?	Apartamento ☐ Moradia ☐ Anexo ☐ Outra ☐ Qual? _____
3	Quantas assoalhadas tem?	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais ☐
4	Como é feito o acesso ao interior da sua habitação?	Piso térreo ☐ Rampa ☐ Elevador ☐ Escadas ☐
5	Como é feito o abastecimento da água?	Rede pública ☐ Rede privada ☐ Outra ☐ qual? _____ Se respondeu “ Rede privada ”, que tipo? Poço ☐ Furo ☐
6	Tem água quente nas torneiras?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: que equipamento é utilizado para aquecimento da água? Esquentador ☐ Caldeira ☐ Termoacumulador ☐

7	Para onde são eliminadas as águas residuais?	Rede pública esgotos ☐ Fossa ☐ Outros ☐ qual? _____
8	Onde é depositado o seu lixo doméstico?	Contentores de rua ☐ Outro ☐ Qual? _____
9	Tem equipamentos de climatização, para aquecimento ou arrefecimento de uma ou mais divisões na sua habitação?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: quais os equipamentos? Ar condicionado ☐ Ventoinha ☐ Lareira ☐ Aquecedor a gás ☐ Aquecedor elétrico ☐
10	Tem casa de banho?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: Onde se localiza a casa de banho? No interior da habitação ☐ No exterior da habitação (em anexo) ☐ A casa de banho tem poliban? Sim ☐ Não ☐ A casa de banho tem banheira? Sim ☐ Não ☐
11	Tem cozinha?	Sim ☐ Não ☐
12	Tem televisão?	Sim ☐ Não ☐
13	Tem máquina de lavar roupa?	Sim ☐ Não ☐
14	Tem gás?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: que tipo de abastecimento de gás tem? Canalizado ☐ Garrafa gás no interior ☐ Garrafa de gás no exterior ☐
15	Tem fogão?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: que tipo de fogão tem? Elétrico ☐ Gás ☐
16	Tem frigorífico?	Sim ☐ Não ☐
17	Tem micro-ondas?	Sim ☐ Não ☐
18	Existem desníveis no piso por onde circula dentro da sua habitação?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: que tipo de desníveis tem? Degraus ☐ Tapetes ☐ Outro ☐ Qual? _____

19	A habitação tem acessibilidade a cadeira de rodas no interior?	Sim ☐ Não ☐
20	A habitação possui equipamentos de apoio para facilitar a sua mobilidade, na realização das atividades diárias?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : que equipamentos possui? Barra WC ☐ Corrimão ☐ Grade de cama ☐ Cama articulada ☐ Cadeira de banho ☐ Trapézio ☐ Cadeira elevatória ☐ Poliban adaptado ☐ Banheira adaptada ☐ Outro ☐ Qual? _____
B. EXISTÊNCIA DE ANIMAIS E VIGILÂNCIA VETERINÁRIA		
1	Tem animais de companhia?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Não” , passe à secção “Dimensão Condição de Saúde”
2	Que animais tem?	- Tem cães? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ou mais ☐ Todos os cães têm boletim sanitário? Sim ☐ Não ☐ - Tem gatos? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ Todos os gatos têm boletim sanitário? Sim ☐ Não ☐ - Tem algum furão? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ - Tem aves? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantas? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ - Tem pequenos roedores? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ - Tem coelhos? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ - Tem peixes? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” : quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐ - Outro (s) ☐ Qual/ quais? _____ Quantos? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou mais ☐

3	É realizada a vigilância veterinária nos seus animais?	Sim ☐ Não ☐ Sim, apenas em alguns animais ☐ Quais? _____ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “Dimensão Condição de Saúde”
----------	---	--

DIMENSÃO CONDIÇÃO DE SAÚDE		
A. ANTECEDENTES PESSOAIS		
1	Tem alguma (s) das seguintes doenças?	Asma ☐ Problemas Renais (doenças nos rins) ☐ Doença coronária ou Angina (doenças no coração) ☐ Bronquite ☐ Depressão ☐ Lombalgias (dor nas costas) ☐ Alergias ☐ Incontinência (falta de controlo urina ou fezes) ☐ Diabetes mellitus ☐ Dores cervicais (dor no pescoço) ☐ Artrose ☐ Hipertensão Arterial ☐ Tumor ☐ Tipo de tumor _____ Outros ☐ Qual? _____
2	Sente alguma dor?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: - Com que frequência sente dor? Sempre ☐ Quase sempre ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ - Onde sente dor? Cabeça ☐ Pescoço ☐ Ombro ☐ Braço/ antebraço ☐ Peito ☐ Abdómen (barriga) ☐ Costas ☐ Mão e punho ☐ Coxa e joelho ☐ Pernas ☐ Pé e tornozelo ☐ Outro ☐ Qual? _____ - Numa escala de 0 a 10 como classifica a média da sua dor no último mês, tendo em conta que “0” significa sem dor e “10” a pior dor que já teve? 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐
3	Vê bem?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: passe à questão 5 desta secção Se respondeu “ Não ”: porque considera não ver bem? Tem diminuição da visão apenas em um olho ☐ Tem diminuição da visão nos dois olhos ☐ Tem a visão compensada com uso de óculos ☐ É invisual (cego) ☐
4	Considera que a dificuldade na visão interfere na	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: qual ou quais as atividades em que interfere?

	realização das suas atividades diárias?	Higiene pessoal ☐ Deslocação pela habitação ☐ Ler ☐ 0 Utilização de serviços ☐ Mobilidade no exterior ☐ Atividades domésticas ☐ Ver televisão ☐ Outro ☐ Qual? _____
5	Ouve bem?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”, passe à questão 7 desta secção Se respondeu “ Não ”: porque considera que não ouve bem? Tem diminuição da audição apenas em num ouvido ☐ Tem diminuição da audição nos dois ouvidos ☐ Tem a audição compensada com uso de aparelho auditivo ☐ É surdo (a) ☐
6	Considera que a dificuldade na audição interfere na realização das suas atividades diárias?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: qual ou quais as atividades em que interfere? Ouvir televisão ☐ Comunicar com as outras pessoas ☐ Ouvir toque telefone/telemóvel ☐ Ouvir toque campainha ☐ Mobilidade no exterior ☐ Outro ☐ Qual? _____
7	Teve alguma queda nos últimos três meses?	Sim ☐ Não ☐
B. CONSUMOS		
1	Consome algum tipo de bebida alcoólica?	Não ☐ Sim ☐ Ex-consumidor ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à questão 2 desta secção Se respondeu “ Ex-consumidor ”: - Há quantos anos deixou de consumir? _____ anos - Quantos anos consumiu? _____ anos Se respondeu “ Sim ”: - Que bebidas consome? Vinho ☐ Cerveja ☐ Outras ☐ qual/quais? _____ - Há quantos anos consome? Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ 11 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐ - Qual a quantidade de bebidas alcoólicas que consome em média por dia? Menos de 250 ml (menos de ¼ litro) ☐ Entre 250 ml e 500 ml (¼ litro a ½ litro) ☐ Mais de 500ml até 1L (mais de ½ litro até 1 litro) ☐ Mais de 1 litro ☐ Não consome diariamente ☐

2	Consome algum tipo de tabaco?	Não ☐ Sim ☐ Ex-consumidor ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à questão 3 desta secção Se respondeu “ Ex-consumidor ”: - Há quantos anos deixou de consumir? _____ anos - Quantos anos consumiu? _____ anos Se respondeu “ Sim ”: - Quantos cigarros fuma por dia? 1 a 6 cigarros ☐ 7 a 14 cigarros ☐ 15 a 20 cigarros ☐ Mais de 20 cigarros ☐ - Há quantos anos consome? Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ 11 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐
3	Consome algum tipo de drogas ilícitas?	Não ☐ Sim ☐ Ex-consumidor ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “C. Gestão do Regime Terapêutico” Se respondeu “ Ex-consumidor ”: - Há quantos anos deixou de consumir? _____ anos - Quantos anos consumiu? _____ anos Se respondeu “ Sim ”: - Que tipo de drogas consome? _____ - Há quantos anos consome? Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ 11 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐
C. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO		
C.1. Gestão do regime de exercício		
1	Pratica algum exercício físico?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “C.2 Gestão do regime medicamentoso”
2	Que tipo de exercício físico pratica?	Caminhada ☐ Alongamentos ☐ Natação ☐ Hidroginástica ☐ Pilates ☐ Dança ☐ Outro exercício ☐ Qual? _____
3	Qual a frequência com que o pratica?	1-2 dias por semana ☐ 3-4 dias por semana ☐ 5-6 dias por semana ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Quinzenalmente ☐ Outra frequência ☐ Qual? _____
C.2. Gestão do regime medicamentoso		
1	Habitualmente toma alguma medicação?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Não ”, passe à secção “C.3. Gestão regime dietético”

2	Qual o número de medicamentos diferentes que toma diariamente?	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ou mais ☐
3	Quem compra a sua medicação?	O (a) próprio (a) ☐ Familiar ☐ Vizinho ☐ Amigo ☐ Farmácia presta serviço no domicílio ☐ Outro ☐ Quem? _____
4	Quem prepara a medicação que toma?	O (a) próprio (a) ☐ Familiar ☐ Vizinho ☐ Amigo ☐ Farmácia presta serviço no domicílio ☐ Outro ☐ Quem? _____
5	Relativamente à toma da medicação diária, considera que acontece consigo alguma(s) das seguintes situações?	Toma medicamentos sem indicação de médico ou outro profissional de saúde, apenas por indicação de amigos, família ou conhecidos ☐ Toma a dose ou quantidade de medicamento diferente do indicado pelo seu médico ☐ Toma o medicamento num horário ou período do dia, diferente do indicado pelo seu médico ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por dificuldade em identificá-lo ou por falta de apoio na preparação ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por achar que não precisa dele ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por esquecimento ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por sentir-se mal quando o toma ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por dificuldade em deglutir (engolir) ☐ Não toma o medicamento indicado pelo seu médico por não ter sido adquirido ou comprado ☐ Nunca ocorreu nenhuma das situações anteriores ☐ Se respondeu “ Nunca ocorreu nenhuma das situações anteriores ”, passe à secção “C.3. Gestão regime dietético”
6	Com que regularidade acontecem as situações assinaladas por si na questão anterior?	Todos os dias ☐ Entre 4-6 vezes/semana ☐ Entre 2-3 vezes/semana ☐ Semanalmente ☐ Mensalmente ☐ Esporadicamente ☐
C.3. Gestão regime dietético		

1	Quem confecciona e prepara as suas refeições?	O (a) próprio (a) ☐ Familiar ☐ Vizinho ☐ Amigo ☐ Instituição ☐ Outro ☐ Quem? _____
2	Sente alguma dificuldade em ingerir alimentos?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: Que dificuldades tem? Mastigar ☐ Falta de apetite ☐ Engolir alimentos líquidos ☐ Engolir alimentos sólidos ☐ Falta de paladar (falta de sabor) ☐ Possui uma Sonda nasogástrica ☐ Possui uma Gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) ☐ Outro ☐ Qual? _____
3	Tem prótese dentária?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: que tipo de prótese tem? Fixa ☐ Removível ☐
4	Quantas refeições faz por dia?	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ou mais ☐
5	Bebe água?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Não”: o que ingere em substituição da água? Chá ☐ Gelatina ☐ Outro ☐ Qual? _____
6	Em média, qual a quantidade de água ou substituto ingerida por dia?	Menos de 0,5 litros ☐ 0,5 litros a 1 litro ☐ 1,5 litro a 2 litros ☐ Mais de 2 litros ☐
7	Toma o pequeno-almoço todos os dias?	Sim ☐ Não ☐ Quase sempre ☐ Raramente ☐
8	Qual a duração média do intervalo entre as suas refeições ao longo do dia?	Menos 2 horas ☐ Entre 2 e 3 horas ☐ Mais de 4 horas ☐
9	É utilizado sal na confeção das suas refeições?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: considera que existe cuidado com a quantidade de sal que ingere? Sim ☐ Não ☐ Por vezes ☐
10	Consome alimentos de origem animal	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Não”: indique o motivo?

	(carne, peixe, ovos, leite e seus derivados)?	Faz uma dieta vegan ☐ Faz uma dieta vegetariana ☐ Faz outra dieta alternativa ☐ Qual? _____ Outro motivo ☐ Qual? _____ Se respondeu “Sim”: consome algum dos alimentos de origem animal? - <u>Carne ou peixe</u> ☐ Qual a frequência de consumo? Todos os dias ☐ 4 a 6 vezes por semana ☐ 1 a 3 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐ - <u>Ovos</u> ☐ Qual a frequência de consumo? Todos os dias ☐ 4 a 6 vezes por semana ☐ 1 a 3 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐ - <u>Leite e seus derivados</u> (queijo, iogurte, manteiga) ☐ Qual a frequência de consumo? Todos os dias ☐ 4 a 6 vezes por semana ☐ 1 a 3 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 1	Consome frutas e legumes?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: qual a frequência com que consome frutas e legumes? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 2	Consome leguminosas (por exemplo feijão, grão, ervilhas, lentilhas)?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: qual a frequência com que consome leguminosas? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 3	Consome arroz, massa ou batata?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”: qual a frequência com que consome arroz, massa ou batata? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐

1 4	Consome pão ou cereais?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: qual a frequência com que consome pão ou cereais? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 5	Consome bebidas açucaradas como sumos ou refrigerantes?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: qual a frequência com que consome bebidas açucaradas? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 6	Consome bolos, chocolates ou outras guloseimas?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: qual a frequência com que consome bolos, chocolates ou outras guloseimas? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
1 7	Consome gorduras tais como: manteiga, azeite, banha ou natas?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “ Sim ”: com que frequência consome gorduras saturadas, tais como manteiga, banha ou natas? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐ Nunca consome ☐ Se respondeu “ Sim ”: com que frequência consome gorduras insaturadas, tal como o azeite? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐ Nunca consome ☐
D. DADOS ANTROPOMÉTRICOS		
1	Qual o seu peso?	_____ Kg
2	Qual a sua altura?	_____ cm
E. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
1	Onde recorre quando não se sente bem ou se sente doente?	Hospital público ☐ INEM (emergência médica) ☐ Saúde 24 ☐ Centro de Saúde ☐ Farmácia ☐ Médicos ao domicílio ☐ Hospital Privado ☐ Serviço de apoio complementar ☐ Outros ☐ _____

2	Recorre ao centro de saúde por alguma das situações referidas?	Consulta de vigilância de saúde ☐ Vacinação ☐ Realização de tratamentos de feridas ☐ Fazer medicação ☐ Pedido de Receituário ☐ Outro(s) ☐ Qual? _____
3	Foi internado no último ano?	Sim ☐ Não ☐ Se “Sim”, quantos internamentos? 1 -2 ☐ 3 - 4 ☐ 4-5 ☐ 6 ou mais ☐
4	Recorreu ao serviço de urgência no último ano?	Sim ☐ Não ☐ Se “Sim”, quantas vezes? 1 -2 ☐ 3 - 4 ☐ 4-5 ☐ 6 ou mais ☐
F. ELIMINAÇÃO/USO DE SANITÁRIO		
1	Como se classifica relativamente à sua autonomia para satisfazer a necessidade de urinar?	Independente ☐ Necessita de ajuda ☐ Totalmente dependente ☐ Utiliza algum dos seguintes recursos? Utiliza Fralda ☐ Tem uma ostomia ☐ Está Algaliado ☐
2	Como se classifica relativamente à sua autonomia para satisfazer a necessidade de evacuar?	Independente ☐ Necessita de ajuda ☐ Totalmente dependente ☐ Utiliza algum dos seguintes recursos? Utiliza Fralda ☐ Tem uma ostomia ☐
G. SONO E REPOUSO		
1	Onde dorme habitualmente?	Cama ☐ Sofá ☐ Outro ☐ _____
2	Quantas horas dorme por dia?	Menos de 6 horas ☐ 6-8horas ☐ 9-11 horas ☐ 12 horas ou mais ☐
3	Recorre a medicação para dormir?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim”, com que frequência? Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Não consome todas as semanas ☐
H. HÁBITOS DE HIGIENE		
1	Com que frequência toma banho?	Todos os dias ☐ 5 a 6 vezes por semana ☐ 3 a 4 vezes por semana ☐ 1 a 2 vezes por semana ☐ Outra frequência ☐ Qual? _____

2	Faz higiene oral?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” , com que frequência? Após todas as refeições ☐ 2 vezes/dia ☐ 1 vez/dia ☐ Outra frequência ☐ Qual? _____
----------	--------------------------	---

DIMENSÃO PSICOSSOCIAL		
1	Sente-se bem a viver sozinho?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Não” , já tentou mudar esta situação? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” o que fez? Procurou ajuda ☐ A quem recorreu? _____ Outro ☐ Qual? _____ Se respondeu “Não” , porque não muda esta situação? Não sabe a quem recorrer ☐ Receio em não ser compreendido(a) ☐ Sente-se excluído (a) ☐ Dificuldade em contactar com outras pessoas ☐ Não quer mudar a situação ☐ Outra causa ☐ Qual? _____
2	Neste momento, sente-se capaz de viver sozinho?	Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Não” , já tentou mudar esta situação? Sim ☐ Não ☐ Se respondeu “Sim” o que fez? Procurou ajuda ☐ A quem recorreu? _____ Outro ☐ Qual? _____ Se respondeu “Não” , porque não muda esta situação? Não sabe a quem recorrer ☐ Receio em não ser compreendido(a) ☐ Sente-se excluído (a) ☐ Dificuldade em contactar com outras pessoas ☐ Não quer mudar a situação ☐ Outra causa ☐ Qual? _____

APÊNDICE II: Instrumentos complementares

A		AVALIAÇÃO COGNITIVA	
Aplicação do Mini Cog Test			
1.	Número de palavras lembradas	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐	
2.	Teste do relógio	Alterado ☐ Normal ☐	
			Resultado
Negativo para défice cognitivo: - 3 palavras recordadas - 1-2 palavras recordadas + normal teste do relógio Positivo para défice cognitivo: - 1-2 palavras recordadas + anormal teste do relógio - 0 palavras recordadas			

B		AVALIAÇÃO CAPACIDADE AUTOCUIDADO	
Aplicação da escala de Barthel			Pontuação
1	Alimentação	Independente - 10 Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar alimentos) - 5 Dependente - 0	
2.	Transferências	Independente - 15 Precisa de alguma ajuda - 10 Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se - 5 Dependente, não tem equilíbrio sentado - 0	
3.	Toalete	Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes - 5 Dependente, necessita de alguma ajuda - 0	
4.	Utilização do WC	Independente - 10 Precisa de alguma ajuda - 5 Dependente - 0	
5.	Banho	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) - 5 Dependente, necessita de alguma ajuda - 0	
6.	Mobilidade	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) - 15 Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda - 10 Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas - 5 Imóvel - 0	
7.	Subir e descer escadas	Independente, com ou sem ajudas técnicas - 10 Precisa de ajuda - 5	

		Dependente - 0	
8.	Vestir	Independente - 10 Com ajuda - 5 Impossível - 0	
9.	Controlo Intestinal	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar - 10 Acidente ocasional - 5 Incontinente ou precisa de uso de clisteres - 0	
10.	Controlo Urinário	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manusear a algália sozinho - 10 Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) - 5 Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manusear a algália sozinho - 0	
Resultado			
100 pontos – totalmente independente 99 a 76 pontos – dependência leve 75 a 51 pontos - dependência moderada 50 a 26 pontos – dependência severa 25 e menos pontos – dependência total			

C AVALIAÇÃO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO			
Aplicação escala de Braden			Pontuação
1	Percepção Sensorial	Completamente limitada -1 Muito limitada -2 Ligeiramente limitada -3 Nenhuma limitação -4	
2.	Humidade	Pele constantemente húmida -1 Pele muito húmida - 2 Pele ocasionalmente húmida -3 Pele raramente húmida -4	
3.	Atividade	Acamado -1 Sentado -2 Anda ocasionalmente -3 Anda frequentemente -4	
4.	Mobilidade	Completamente imobilizado -1 Muito limitada -2 Ligeiramente limitada -3 Nenhuma limitação -4	
5.	Nutrição	Muito pobre -1 Provavelmente inadequada -2 Adequada -3 Excelente - 4	
6.	Fricção e forças de deslizamento	Problema -1 Problema potencial -2 Nenhum problema -3	
Resultado			

Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;

D	CÁLCULO DE IMC
Cálculo com base no peso e altura (resultado questionário)	
- baixo peso: $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ - peso normal: $18,5 > 24,9$ - excesso de peso: $= 25 > 29,9$ - obesidade: > 30	
Resultado	

E	AVALIAÇÃO RISCO QUEDAS		
Aplicação da escala de Morse			
1	Historial de quedas nos últimos três meses	Sim - 25 Não - 0	
2.	Diagnósticos secundários	Sim - 15 Não - 0	
3.	Ajuda para caminhar	Nenhuma/ ajuda de enfermeiro/ acamado/ cadeira de rodas - 0 Muletas/canadianas/ bengala/ andarilho - 15 Apoia-se no mobiliário para andar - 30	
4.	Terapia intravenosa	Sim - 20 Não - 0	
5.	Postura no andar e transferência	Normal/ Acamado/ Imóvel - 0 Debilitado - 10 Dependente de ajuda – 20	
6.	Estado Mental	Consciente das suas capacidades - 0 Esquece-se das suas limitações - 15	
Resultado			
Sem risco (0 e ≤ 24 pontos) Baixo risco (≥ 25 e ≤ 50 pontos) Alto risco (≥ 51 pontos)			

Fonte: Adaptado de Sistema Clínico de Cuidados de Saúde Primários [SClinico CSP]. Versão 4.1 de
 abril 2024

APÊNDICE III: Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

Exmo.(a) Sr.(a),

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pretendo desenvolver um projeto com o título “Diagnóstico de situação dos idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós”.

Este projeto será desenvolvido no âmbito de um estágio na Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal e na Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, sob a orientação da Professora Doutora Sónia Fernandes.

O objetivo deste projeto é realizar a caracterização sociodemográfica, habitacional, de condição de saúde e psicossocial dos utentes de uma USF da ULS Almada-Seixal, com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós.

A sua participação consiste em responder a um questionário com a duração de 30 minutos.

A participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo. A informação recolhida destina-se a tratamento estatístico, sendo apenas do conhecimento da investigadora, que obedece ao sigilo profissional de enfermagem. Será imperativamente mantido o anonimato e confidencialidade, e os dados estão protegidos ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Agradeço a participação neste estudo e, caso necessite de algum esclarecimento poderá contactar a investigadora:

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Investigadora Principal

Email: 118579@alunos.egasmoniz.edu.pt

Contacto Telefónico: 914812902

Data e Local: _____

Assinatura Investigadora Principal: _____

Declaro que aceito participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

Sim, aceito participar no estudo

Nome participante: _____

Local e Data: _____

Assinatura do participante: _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE IV: Autorização de implementação do projeto à coordenadora da
USP Almada Seixal

Exma. Sr.ª Delegada de Saúde Coordenadora da Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, solicito a sua autorização para desenvolver o meu projeto de estágio na Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o título "Diagnóstico de Situação do Idoso com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós".

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário. Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 23 de Setembro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.09.23 10:30:11+01'00'



APÊNDICE V: Autorização de implementação do projeto à Enfermeira Gestora
da USP Almada Seixal

Exma. Sr.ª Enfermeira Gestora da Unidade de Saúde Pública Almada Seixal

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, solicito a sua autorização para desenvolver o meu projeto de estágio na Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o título "Diagnóstico de Situação do Idoso com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós".

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário. Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 23 de Setembro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.09.23 10:19:44+01'00'



APÊNDICE VI: Autorização de implementação do projeto à Enfermeira
Coordenadora da UCC

Exma. Sr.^a Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, solicito a sua autorização para desenvolver o meu projeto de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com o título “Diagnóstico de Situação do Idoso com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós”.

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário. Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Seixal, 26 de Setembro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.09.26 02:25:53+01'00'



APÊNDICE VII: Autorização de implementação do projeto à Presidente do
Conselho de Administração da ULS Almada Seixal

Exmo.(a) Sr.(a) Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Almada Seixal

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, e mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pretendo desenvolver um projeto de estágio com o título "Diagnóstico de situação dos idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós".

O projeto de estágio será desenvolvido em duas Unidades da ULSAS, a Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal e a Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, e tem como docente orientadora, a Professora Doutora Sónia Isabel Belo Andrade Fernandes. Em cada local de estágio, o projeto tem a orientação de uma enfermeira especialista, a Srª Enfª Daniela Martins Brás dos Santos na USP Almada Seixal e a Srª Enfª Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia na UCC Seixal.

A proposta que apresento a V. Ex.ª contempla um breve resumo do enquadramento teórico e metodológico, procurando justificar a pertinência do tema, assim como da população alvo escolhida.

Solicito a V. Ex.ª autorização para o desenvolvimento deste projeto na ULSAS até 31 de Janeiro de 2025. Adicionalmente, peço autorização para utilização dos resultados para fins académicos e menção dos nomes da ULS Almada Seixal (ULSAS), USP Almada Seixal (USPAS) e UCC Seixal na apresentação de resultados.

Sem outro assunto de momento.

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 01 de Outubro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de Identificação: 12774626
Data: 2024.10.01 00:47:37+01'00'



APÊNDICE VIII: Autorização de implementação do projeto ao
Presidente da Comissão de Ética da ULS Almada Seixal

À Comissão de Ética da ULS Almada Seixal,

Eu, Marina Isabel Rodrigues Carreira, enfermeira com cédula profissional OE nº 57725, e mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, pretendo desenvolver um projeto de estágio com o título "Diagnóstico de situação dos idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós".

O projeto de estágio será desenvolvido em duas Unidades da ULSAS, a Unidade de Saúde Pública de Almada Seixal e a Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal, e tem como docente orientadora, a Professora Doutora Sónia Isabel Belo Andrade Fernandes. Em cada local de estágio, o projeto tem a orientação de uma enfermeira especialista, a Srª Enfª Daniela Martins Brás dos Santos na USP Almada Seixal e a Srª Enfª Helena Cristina Alves dos Santos Domingos Correia na UCC Seixal.

A proposta que apresento a Vossas Excelências, contempla um breve resumo do enquadramento teórico e metodológico, procurando justificar a pertinência do tema, assim como da população alvo escolhida.

Solicito parecer da Comissão de Ética para o desenvolvimento deste projeto na ULSAS até 31 de Janeiro de 2025.

Sem outro assunto de momento.

Disponibilizo-me para apresentar qualquer esclarecimento que considere necessário.

Agradeço desde já toda a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 01 de Outubro de 2024

A requerente,

Marina Isabel Rodrigues Carreira

Assinado por: **Marina Isabel Rodrigues Carreira**
Num. de identificação: 12774626
Data: 2024.10.01 00:45:54+01'00'



APÊNDICE IX: Tratamento de dados do questionário: Dimensão
Sociodemográfica

✓ **Caracterização pessoal e familiar**

Quadro 19

Nacionalidade dos participantes

Nacionalidade	N	%
Portuguesa	20	95,2%
Moçambicano	1	4,8%

Quadro 20

Naturalidade dos participantes

Naturalidade	N	%
Almada	2	9,5
Barreiro	1	4,8
Beja	1	4,8
Campo Maior	1	4,8
Castro Daire	1	4,8
Guarda	1	4,8
Lamego	2	9,5
Lisboa	3	14,3
Moçambique	1	4,8
Seixal	6	28,6
Setúbal	1	4,8
Viseu	1	4,8
Total	21	100,0

Quadro 21

Estado Civil dos participantes

Estado civil	N	%
Viúvo	19	90,5%
Separado	2	9,5%

Quadro 22

Religião dos participantes

Religião	N	%
Ateu	3	14,3
Católica	18	85,7
Total	21	100,0

Quadro 23

Número de filhos dos participantes

		Número de filhos				Total
		1	2	3	4	
Existência de filhos	Sim	7	5	5	1	18
Total		7	5	5	1	18

Quadro 24

Com quem residiam anteriormente os participantes

Onde residia antes viver só	N	%
Cônjuge	20	95,2%
Vivia numa Instituição	1	4,8%

Quadro 25

Situação profissional dos participantes

Situação profissional	N	%
Ativo	1	4,8%
Reformado	20	95,2%

✓ Caracterização socioprofissional e económica

Quadro 26

Profissão dos participantes

Profissão dos participantes	N	%
Administrativa	2	9,5
Costureira /modista	4	19,0
Empregada doméstica	3	14,3
Operário(a) fabril	6	28,6
Professora	1	4,8
Rececionista	1	4,8
Soldador	1	4,8
Trabalhador construção civil	2	9,5
Vendedora	1	4,8
Total	21	100,0

Quadro 27

Situação financeira dos participantes

Situação financeira	N	%
Confortável	7	33,3%
Suficiente para as necessidades	10	47,6%
Tenho algumas dificuldades	4	19,0%

Quadro 28

Necessidade de ajuda financeira dos participantes

Necessidade de ajuda financeira	N	%
Não	13	61,9
Sim	8	38,1
Total	21	100,0

Quadro 29

Tipo de ajuda financeira dos participantes

Quem ajuda financeiramente	N	%
Ajuda financeira do estado	5	62,5
Ajuda financeira família	1	12,5
Ajuda financeira estado + família	2	25
Total	8	100

✓ Caracterização das redes de apoio e sociabilidades

Quadro 30

Relação entre a utilização telefone fixo e dificuldade na utilização do telefone fixo

Utilização de telefone fixo pelos inquiridos		Utiliza o telefone fixo sem dificuldade	Utiliza o telefone fixo com dificuldade	Total
Sim	N	16	1	17
	%	94,1%	5,9%	100,0%

Quadro 31

Relação entre a utilização de telemóvel e dificuldade na utilização do telemóvel

Utilização de telemóvel pelos inquiridos		Utiliza o telemóvel sem dificuldade	Utiliza o telemóvel com dificuldade	Total
Sim	N	9	6	15
	%	60,0%	40,0%	100,0%

Quadro 32

Tipo de utilização do telemóvel pelos participantes

Tipo utilização telemóvel	N	%
Chamadas telefônicas	12	80,0%
Chamadas + mensagens	2	13,3%
Chamadas + mensagens + internet	1	6,7%

Quadro 33

Necessidade de pedir ajuda por emergência de saúde

Necessidade pedir ajuda emergência	N	%
Não	9	42,9
Sim	12	57,1
Total	21	100,0

Quadro 34

Existência de alguém de referência para pedido de ajuda por emergência

Existência pessoa referencia emergência	N	%
Sim	21	100,0

Quadro 35

Pessoa de referência para apoio em emergência de saúde

Pessoa referência emergência	N	%	% de casos
Familiar	17	51,5%	81,0%
Amigo	4	12,1%	19,0%
Instituição	3	9,1%	14,3%
Vizinho	8	24,2%	38,1%
Outros	1	3,0%	4,8%
Total	33	100,0%	157,1%

Quadro 36

Quem presta apoio regular aos participantes

Quem presta apoio	N	%	% de casos
Apoio domiciliário	6	18,8%	31,6%
Família	16	50,0%	84,2%
Vizinho	6	18,8%	31,6%
Amigo	3	9,4%	15,8%
Outro	1	3,1%	5,3%
Total	32	100,0%	168,4%

Quadro 37

Tipo de apoio regular que usufrui

Tipo de apoio regular que usufrui	N	%	% de casos
Apoio nos cuidados de higiene e conforto	4	7,7%	21,1%
Apoio na alimentação	8	15,4%	42,1%
Apoio em companhia	6	11,5%	31,6%
Apoio nas compras para casa	15	28,8%	78,9%
Apoio doméstico	12	23,1%	63,2%
Apoio de outro tipo	3	5,8%	15,8%
Apoio na organização da medicação	4	7,7%	21,1%
Total	52	100,0%	273,7%

Quadro 38

Regularidade do apoio regular que usufrui

Regularidade de apoio que usufrui	N	%
Menos do que 1 vez por mês	1	5,3
Semanal	1	5,3
Entre 4 a 6 dias semana	2	10,5
Entre 2 a 3 dias semana	1	5,3
Diário	14	73,7
Total	19	100,0

Quadro 39

Necessidade de pagamento do apoio regular que usufrui

Apoio pago?	N	%
Não	13	61,9
Sim	6	28,6
Total	19	90,5

✓ **Atividades de lazer**

Quadro 40

Realização de atividades de lazer

Atividades de lazer	N	%
Não	1	4,8
Sim	20	95,2
Total	21	100

Quadro 41

Tipo de atividades de lazer que os participantes realizam

Atividades de lazer que realiza	N	%	% de casos
Ler	3	5,8%	15,0%
Ir ao centro de dia	1	1,9%	5,0%
Passear	1	1,9%	5,0%
Ver televisão	19	36,5%	95,0%
Realizar jogos	2	3,8%	10,0%
Costura	2	3,8%	10,0%
Conviver com amigos	14	26,9%	70,0%
Conviver com família	7	13,5%	35,0%
Ir à associação recreativa/ coletividade	2	3,8%	10,0%
Outra atividade de lazer	1	1,9%	5,0%
Total	52	100,0%	260,0%

Quadro 42

Regularidade com que os participantes realizam as atividades de lazer

Regularidade atividades lazer	N	%
Entre 2 a 3 dias semana	1	5
Diariamente	19	95
Total	20	100,0

✓ **Utilização de serviços**

Quadro 43

Deslocação ao exterior pelos participantes

Deslocação ao exterior para usufruir de bens ou serviços	N	%
Não	4	19,0
Sim	17	81,0
Total	21	100,0

Quadro 44

Tipo de bens/serviços que os participantes usufruem no exterior

Serviços bens que utiliza no exterior	N	%	% de casos
Farmácia	8	13,6%	47,1%
Manicure/ pedicure	5	8,5%	29,4%
Igreja/ capela	1	1,7%	5,9%
Café/ restaurante	8	13,6%	47,1%
Cabeleireiro	8	13,6%	47,1%
Serviços sociais	1	1,7%	5,9%
Serviços de saúde	15	25,4%	88,2%
Mercearia/ mercado	8	13,6%	47,1%
Instituição bancária (banco)	3	5,1%	17,6%
Outro serviço exterior	2	3,4%	11,8%
Total	59	100,0%	347,1%

Quadro 45

Forma de deslocação dos participantes ao exterior

Forma de deslocação ao exterior	N	%
Deslocação a serviços no exterior: a pé	10	35,7%
Deslocação a serviços no exterior: transportes públicos/ táxi	3	10,7%
Deslocação a serviços no exterior: conduz viatura própria	1	3,6%
Deslocação a serviços no exterior: transporte a cargo de familiares ou amigos	14	50,0%
Total	28	100,0%

APÊNDICE X: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Habitacional

✓ **Características da habitação**

Quadro 46

Características da habitação (A1-A9)

Características da habitação (questão A1 – A9 questionário)	N	%
Regime ocupação		
- Arrendada	3	14,3
- Cedida	2	9,5
- Própria	16	76,2
Tipo alojamento		
- Apartamento	16	76,2
- Moradia	5	23,8
Número de Assoalhas:		
- 2 assoalhadas	16	76,2
- 3 assoalhadas	5	23,8
Acesso ao interior		
- Escadas	18	85,7
- Piso térreo	3	14,3
Abastecimento de água		
- Rede pública	21	100
Água quente nas torneiras	21	100
Aquecimento água por:		
- Esquentador	20	95,2
- Termoacumulador	1	4,8
Eliminação de águas residuais		
- Rede pública esgotos	21	100
Deposição lixo doméstico		
- Contentores	21	100
Sistema de climatização		
- Aquecedor elétrico	19	90,5
- Lareira	1	4,8
- Ventoinha	13	14,3
- Lareira	2	9,5

Quadro 47

Características da habitação (A10-A20)

Características da habitação (questão A10 – A20)	N	%
Existência de casa de banho interior	21	100
Existência de poliban	9	42,9
Existência de banheira	12	57,1
Existência de cozinha	21	100
Existência de televisão	21	100
Existência de máquina de lavar roupa	14	66,7
Existência de gás	21	100
- Canalizado	5	23,8

- Garrafa gás interior	12	57,1
- Garrafa gás exterior	4	19
Existência de fogão	20	95,2
Existência de frigorífico	21	100
Existência de micro-ondas	17	81
Existência de desníveis	18	85,7
Desníveis existentes:		
- Tapetes	16	88,9
- Degraus	5	27,8
- Outros	4	22,2
Existência de acessibilidade a cadeira de rodas	7	33,3
Existência de equipamentos de apoio mobilidade	7	33,3
Equipamentos de apoio à mobilidade:		
- Barra Wc	2	22,2
- Corrimão	2	22,2
- Cadeira de banho	4	44,4
- Poliban adaptado	1	11,1

✓ **Existência de animais de estimação e vigilância veterinária**

Quadro 48

Existência de animais de estimação

Existência de animais de estimação	N	%
Sim	3	14,3
Não	18	85,7

Quadro 49

Tipo de animal de estimação que os participantes possuem e quantidade

Tipo de animal estimação e quantidade	N	%
Cães	1	33,3
Gatos	2	66,7

Quadro 50

Realização de vigilância veterinária

Realização de vigilância veterinária	N
Não	3

APÊNDICE XI: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Condição de Saúde

✓ **Antecedentes Pessoais**

Quadro 51

Doenças existentes

Doenças existentes	N	%
Doença coronária	7	11,1%
Bronquite	2	3,2%
Depressão	2	3,2%
Lombalgias	5	7,9%
Incontinência	2	3,2%
Diabetes mellitus	4	6,3%
Dores cervicais	3	4,8%
Artrose	16	25,4%
Hipertensão arterial	18	28,6%
Tumor	1	1,6%
Outra doença: hérnia, psoríase, vertigem	3	4,8%
Total	63	100,0%

Quadro 52

Presença de dor pelos participantes

Presença de dor	N	%
Não	4	19,0%
Sim	17	81,0%

Quadro 53

Localização da dor sentida pelos participantes

Localização da dor	N	%
Dor pescoço	4	10,0%
Dor ombro	3	7,5%
Dor braço/ antebraço	3	7,5%
Dor costas	10	25,0%
Dor mãos e punho	5	12,5%
Dor coxa e joelho	7	17,5%
Dor pernas	7	17,5%
Dor pé e tornozelo	1	2,5%
Total	40	100,0%

Quadro 54

Frequência da dor sentida pelos participantes

		Frequência da dor				Total
		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	
Dor	Sim	1	3	10	3	17

Quadro 55

Classificação da dor na Escala da Dor

Classificação Escala da Dor	N	%
2	4	23,5
3	5	29,4
4	4	23,5
5	3	17,6
6	1	5,9
Total	17	100,0

Quadro 56

Acuidade visual dos participantes

Acuidade Visual	N	%
Não	17	81,0%
Sim	4	19,0%

Quadro 57

Condição da acuidade visual

		N	%
Acuidade visual	Diminuição da acuidade visual num olho	2	11,8%
	Diminuição da acuidade visual nos dois olhos	8	47,1%
	Visão compensada com óculos	7	41,2%
Total		17	100,0%

Quadro 58

Impacto défice visual

		N	%
Impacto défice visual	Higiene pessoal	1	3,6%
	Deslocação pela habitação	2	7,1%
	Ler	11	39,3%
	Utilização de serviços	1	3,6%
	Mobilidade no exterior	1	3,6%
	Atividades domésticas	3	10,7%
	Ver televisão	4	14,3%
	Outra atividade: costura	5	17,9%
Total		28	100,0%

Quadro 59

Acuidade auditiva dos participantes

Acuidade auditiva	N	%
Não	17	81,0%
Sim	4	19,0%

Quadro 60

Impacto acuidade auditiva

		N	%
Impacto défice acuidade auditiva	Outra atividade	2	5,3%
	Mobilidade no exterior	5	13,2%
	Ouvir toque telefone/telemóvel	8	21,1%
	Ouvir toque campainha	6	15,8%
	Comunicar com outras pessoas	8	21,1%
	Ouvir televisão	9	23,7%
Total		38	100,0%

✓ Consumos

Quadro 61

Consumo bebidas alcoólicas

Consumo bebidas alcoólicas	N	%
Não	17	81,0
Sim	4	19,0
Total	21	100,0

Quadro 62

Quantidade de bebidas alcoólicas

Quantidade de bebidas alcoólicas	N	%
Menos de 250 ml (menos de ¼ litro)	2	50
Entre 250 ml e 500 ml (¼ litro a ½ litro)	2	50

Quadro 63

Duração de consumo de bebidas alcoólicas

Duração consumo bebidas alcoólicas	N	%
Mais de 20 anos	4	100

Quadro 64

Tipo de bebida alcoólica que consome

Tipo de bebida alcoólica que consome	N	%
Vinho	4	19,0

Quadro 65

Consumo de tabaco pelos participantes

Consumo de tabaco	N	%
Não	19	90,5
Ex-consumidor	2	9,5
Total	21	100,0

Quadro 66

Consumo de drogas pelos participantes

Consumo de drogas	N	%
Não	21	100,0%

✓ Gestão do Regime Terapêutico: gestão do regime de exercício

Quadro 67

Tipo de exercício físico praticado

		N	%
Prática de exercício físico	Caminhada	2	33,3%
	Alongamentos	2	33,3%
	Outro exercício físico	2	33,3%
	- Bicicleta manutenção e - Plataforma vibratória		
Total		6	100,0%

Quadro 68

Frequência da prática de exercício físico

Frequência da prática exercício físico	N	%
1-2 dias por semana	3	75,0%
3-4 dias por semana	1	25,0%

✓ **Gestão do Regime Terapêutico: gestão do regime medicamentoso**

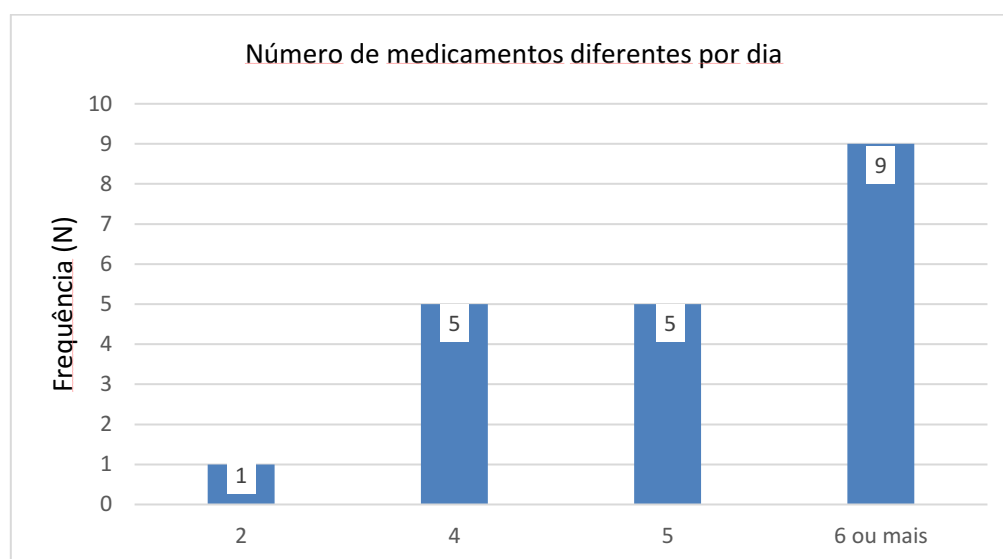
Quadro 69

Toma habitual de medicação pelos participantes

Toma medicação	N	%
Não	1	4,8%
Sim	20	95,2%

Gráfico 8

Número de medicamentos diferentes que o participante toma por dia



Quadro 70

Quem compra a medicação

Compra da medicação	N	%
O próprio	9	36%
Vizinho	1	4%
Familiar	14	56%
Farmácia presta serviço	1	4%
Total	25	100%

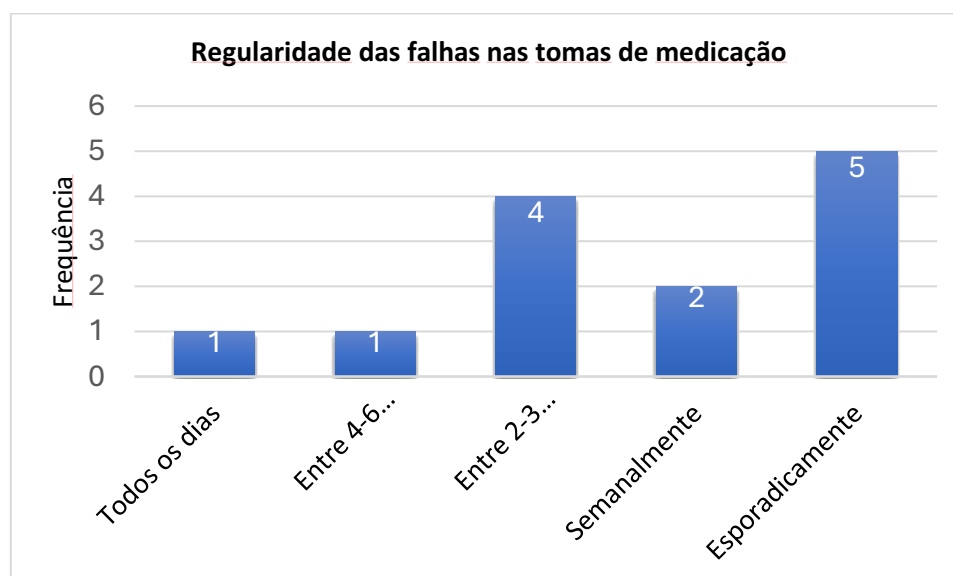
Quadro 71

Quem prepara a medicação

Preparação medicação	N	%
O próprio	16	80%
Amigo	1	5%
Familiar	3	15%
Total	20	100%

Gráfico 9

Regularidade das falhas nas tomas de medicação



✓ **Gestão do Regime Terapêutico: gestão do regime dietético**

Quadro 72

Quem confecciona as refeições

Quem confecciona as refeições	N	%	% de casos
O próprio	15	46,9%	71,4%
Familiar	6	18,8%	28,6%
Vizinho	1	3,1%	4,8%
Amigo	1	3,1%	4,8%
Instituição	5	15,6%	23,8%
Outro: restaurante	3	9,4%	14,2%
Outro: empregada doméstica	1	3,1%	4,8%
Total	32	100,0%	152,4%

Quadro 73

Existência de dificuldade na ingestão de alimentos

Dificuldade em ingerir alimentos	N	%
Não	8	38,1%
Sim	13	61,9%

Quadro 74

Tipo de dificuldade na ingestão de alimentos

Dificuldade em ingerir alimentos	N	%
Mastigar	10	50,0%
Falta de apetite	5	25,0%
Falta de paladar	5	25,0%
Total		100,0%

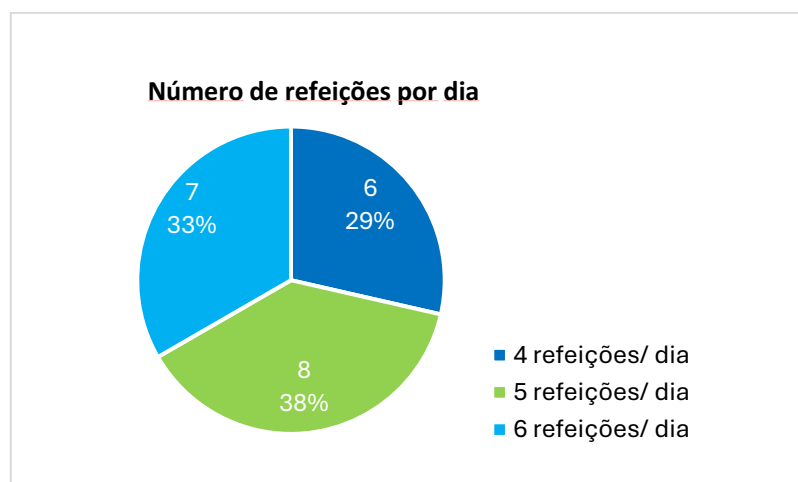
Quadro 75

Utilização de prótese dentária

Utilização de prótese dentária	N	%
Não	3	14,3%
Sim	18	85,7%

Gráfico 10

Número de refeições por dia



Quadro 76

Intervalo entre as refeições

Intervalo entre as refeições	N	%
Entre 2 e 3 horas	14	66,7%
Mais de 4 horas	7	33,3%

Quadro 77

Toma de pequeno-almoço

Toma de pequeno-almoço	N	%
Sim	17	81,0%
Quase sempre	3	14,3%
Raramente	1	4,8%

Quadro 78

Ingestão de água

Ingestão de água	N	%
Não	1	4,8%

Quadro 79

Quantidade de ingestão de água

Quantidade de água ingerida	N	%
Menos de 0,5 litros	9	42,9%
0,5 litros a 1 litro	12	57,1%

Quadro 80

Cuidados com o sal

Cuidados com o sal	N	%
Não	5	23,8%
Sim	8	38,1%
Por vezes	8	38,1%

Quadro 81

Consumo de alimentos de origem animal

Consumo de alimentos de origem animal	N	%
Sim	21	100%

Quadro 82

Frequência de consumo de carne e peixe

Frequência consumo carne e peixe	N	%
Todos os dias	13	61,9%
4 a 6 vezes por semana	8	31,8%

Quadro 83

Frequência de consumo de ovos

Frequência de consumo de ovos	N	%
4 a 6 vezes por semana	2	9,5%
1 a 3 vezes por semana	15	71,4%
Não consome todas as semanas	4	19%

Quadro 84

Frequência de consumo de leite e derivados

Frequência de consumo de leite e derivados	N	%
Todos os dias	3	14,3%
4 a 6 vezes por semana	10	47,6%
1 a 3 vezes por semana	8	38,1%

Quadro 85

Frequência de consumo de frutas e legumes

Frequência de consumo de frutas e legumes	N	%
Todos os dias	17	81,0%
5 a 6 vezes por semana	3	14,3%
1 a 2 vezes por semana	1	4,8%

Quadro 86

Frequência de consumo de leguminosas

Frequência de consumo de leguminosas	N	%
Todos os dias	1	4,8%
5 a 6 vezes por semana	3	14,3%
3 a 4 vezes por semana	7	33,3%
1 a 2 vezes por semana	10	47,6%

Quadro 87

Frequência de consumo de arroz, massa ou batata

Frequência de arroz, massa ou batata	N	%
Todos os dias	1	4,8%
5 a 6 vezes por semana	3	14,3%
3 a 4 vezes por semana	15	71,4%
1 a 2 vezes por semana	2	9,5%

Quadro 88

Frequência de consumo de pão e cereais

Frequência de consumo de pão e cereais	N	%
Todos os dias	20	95,2%
1 a 2 vezes por semana	1	4,8%

Quadro 89

Consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes

Consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes	N	%
Sim	8	38,1%
Não	13	61,9%

Quadro 90

Frequência de consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes

Frequência de consumo de bebidas açucaradas ou refrigerantes	N	%
Não consome todas as semanas	4	50%
1 a 2 vezes por semana	3	37,5%
3 a 4 vezes por semana	1	12,5%

Quadro 91

Consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas

Consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas	N	%
Sim	15	71,4%
Não	6	28,6%

Quadro 92

Frequência de consumo de bolos, chocolates ou outras guloseimas

Frequência de consumo de bolos, chocolates ou guloseimas	N	%
Não consome todas as semanas	2	13,3%
1 a 2 vezes por semana	2	13,3%
3 a 4 vezes por semana	6	40,0%
5 a 6 vezes por semana	3	20,0%
Todos os dias	2	13,3%

Quadro 93

Frequência de consumo de gorduras saturadas

Frequência de consumo de gorduras saturadas	N	%
Todos os dias	6	28,6%
5 a 6 vezes por semana	2	9,5%
3 a 4 vezes por semana	12	57,1%
1 a 2 vezes por semana	1	4,8%

Quadro 94

Frequência consumo gorduras insaturadas

Frequência consumo gorduras insaturadas	N	%
Todos os dias	4	19,0%
5 a 6 vezes por semana	4	19,0%
3 a 4 vezes por semana	10	47,6%
1 a 2 vezes por semana	1	4,8%
Nunca consome	2	9,5%

✓ **Utilização de serviços de saúde**

Quadro 95

Serviços de saúde a que recorre habitualmente o participante

Serviços de saúde a que recorre	N	%
Hospital público	12	23,5%
INEM	9	17,6%
Saúde 24	2	3,9%
Centro de Saúde	15	29,4%
Farmácia	6	11,8%
Médicos ao domicílio	1	2,0%
Hospital privado	4	7,8%
Outro serviço de saúde	2	3,9%
Total	51	100,0%

Quadro 96

Situações pelas quais recorre habitualmente aos serviços de saúde

Motivo recurso aos serviços de saúde	N	%
Consulta de vigilância saúde	15	37,5%
Vacinação	3	7,5%
Realização de tratamentos de feridas	1	2,5%
Pedido de receituário	19	47,5%
Outra situação	2	5,0%
Total	40	100,0%

Quadro 97

Ocorrência de internamentos no último ano

Internamentos no último ano	N	%
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
Total	21	100,0

Quadro 98

Número de internamentos no último ano

Número de internamentos no último ano	N	%
1 -2	2	100,0

Quadro 99

Recurso ao serviço de urgência no último ano

Recurso ao serviço de urgência no último ano	N	%
Não	14	66,7
Sim	7	33,3
Total	21	100,0

Quadro 100

Número de episódios de urgência no último ano

Número de episódios de urgência no último ano	N	%
1 -2	7	100,0

✓ **Eliminação/ Uso de sanitário**

Quadro 101

Autonomia na eliminação vesical

Autonomia na eliminação vesical	N	%
Independente	21	100,0%

Quadro 102

Recursos de apoio na eliminação vesical

Recurso de apoio (eliminação vesical)	N	%
Utiliza fralda	1	4,8

Quadro 103

Autonomia na eliminação intestinal

Autonomia na eliminação intestinal	N	%
Independente	21	100,0%

✓ Sono e Repouso

Quadro 104

Local onde os participantes dormem

Local onde dorme	N	%
Cama	20	95,2
Sofá	1	4,8
Total	21	100,0

Quadro 105

Horas de sono dos participantes

Horas de sono	N	%
Menos de 6 horas	4	19,0
6-8 horas	13	61,9
9-11 horas	4	19,0
Total	21	100,0

Quadro 106

Recurso à medicação para dormir

Recurso a medicação para dormir	N	%
Não	3	14,3
Sim	18	85,7
Total	21	100,0

Quadro 107

Frequência da toma da medicação para dormir

Frequência da toma da medicação para dormir	N	%
Todos os dias	12	66,7
3 a 4 vezes por semana	1	5,6
1 a 2 vezes por semana	1	5,6

Não consome todas as semanas	4	22,2
Total	18	100,0

✓ Hábitos de Higiene

Quadro 108

Frequência com os participantes tomam banho

Frequência do banho	N	%
3 a 4 vezes por semana	4	19,0
1 a 2 vezes por semana	17	81,0
Total	21	100,0

Quadro 109

Frequência da higiene oral dos participantes

Frequência da higiene oral	N	%
2 vezes/dia	8	38,1
1 vez/dia	12	57,1
Outra frequência: - dias alternados	1	4,8
Total	21	100,0

APÊNDICE XII: Tratamento de dados do questionário: Dimensão Psicossocial

Quadro 110

Respostas à questão “Sente-se bem a viver só”

Sente-se bem a viver só		N	%
	Não	13	61,9
	Sim	8	38,1
	Total	21	100,0

Quadro 111

Tentativa de mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)

Tentativa de mudar a situação	N	%
Não	10	76,9
Sim	3	23,1
Total	13	100,0

Quadro 112

Forma de tentar mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)

Forma de tentar mudar a situação	N	%
Procura de ajuda	2	50,0%
Outra tentativa de mudar:	2	50,0%
- Procurou companhia	1	25%
- Experimentou ERPI mas não gostou	1	25%
Total	4	100,0%

Quadro 113

A quem recorreu para pedir ajuda (grupo que não se sentem bem a viver só)

A quem recorreu para pedir ajuda	N	%
Filhos	2	9,5

Quadro 114

Razão para não tentar mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)

Razão para não tentar mudar a situação	N	%
Receio em não ser compreendido	2	18,2%
Não quer mudar a situação	2	18,2%
Outra causa	7	63,6%
Total	11	100,0%

Quadro 115

Outras causas para não mudar a situação (grupo que não se sentem bem a viver só)

Outra causa para não mudar a situação	N	%
Considera ter pouco tempo vida	1	14,3
Não incomodar os filhos	1	14,3
Não quer ir para o lar	3	42,9
Não quer sair de sua casa	2	28,6
Total	7	100,0

Quadro 116

Respostas à questão “Sente-se capaz de viver só”

Sente-se capaz de viver só	N	%
Não	12	57,1
Sim	9	42,9
Total	21	100,0

Quadro 117

Tentativa de mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)

Tentativa de mudar a situação	N	%
Não	8	66,7
Sim	4	33,3
Total	12	100,0

Quadro 118

Forma de tentar mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)

Forma de tentar mudar a situação	N	%
Procura de ajuda	4	66,7%
- Procurou opções no centro de dia	1	16,7%
- Recorreu aos filhos	3	50%
Outra tentativa de mudar	2	33,3%
- Recurso a apoio domiciliário		
Total	6	100,0%

Quadro 119

Razão para não tentar mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)

Razão para não tentar mudar a situação	N	%
Receio em não ser compreendido	1	10,0%
Não quer mudar a situação	3	30,0%
Outra causa	6	60,0%
Total	10	100,0%

Quadro 120

Outras causas para não mudar a situação (grupo que não se sentem capaz de viver só)

Outra causa para não mudar a situação	N	%
Considera ter pouco tempo vida	1	16,7
Não incomodar filhos	2	33,3
Não quer ir para o lar	1	16,7
Não quer sair da sua casa	2	33,3
Total	6	100,0

APÊNDICE XIII: Tratamento de dados do questionário: Instrumentos complementares

Quadro 121

Resultados do MiniCog Test aos participantes

MiniCog Test	N	%
Negativo para défice cognitivo	21	100,0

Quadro 122

Resultados da Escala de Barthel avaliada aos participantes

Escala de Barthel	N	%
Independente	7	33,3
Dependência Ligeira	10	47,6
Dependência Moderada	4	19,0
Total	21	100,0

Quadro 123

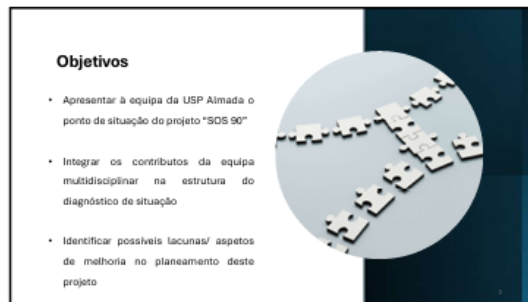
Cálculo da escala de Barthel

Cálculo Escala de Barthel	N	%
75,00	1	4,8
80,00	2	9,5
85,00	1	4,8
90,00	5	23,8
95,00	5	23,8
100,00	7	33,3
Total	21	100,0

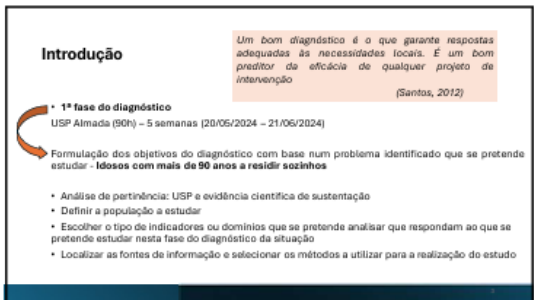
APÊNDICE XIV: Apresentação inicial do projeto de intervenção às equipas da USP, UCC e USF



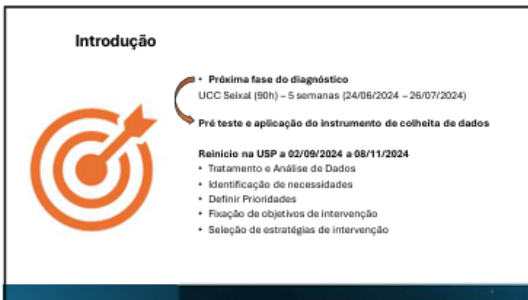
1



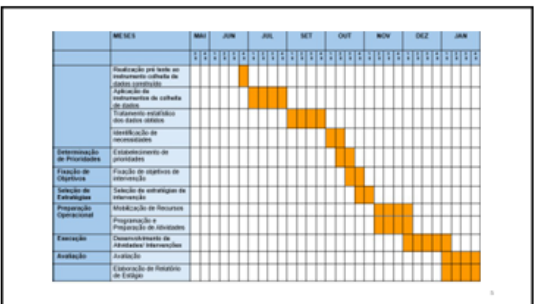
2



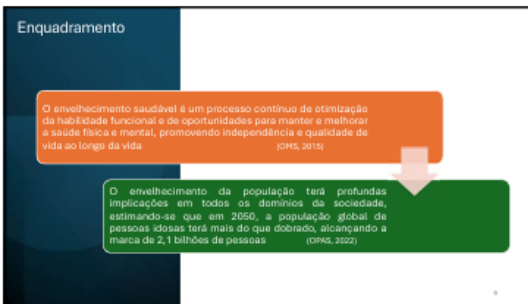
3



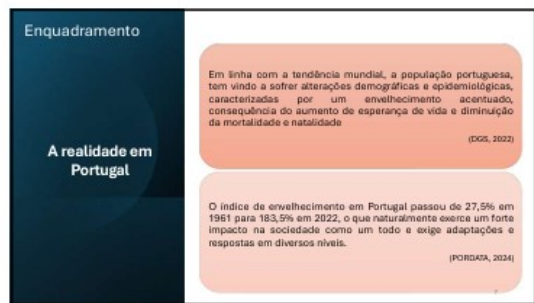
4



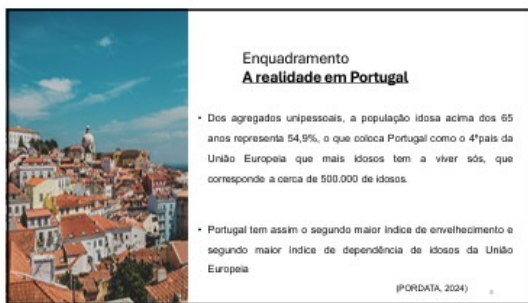
5



6



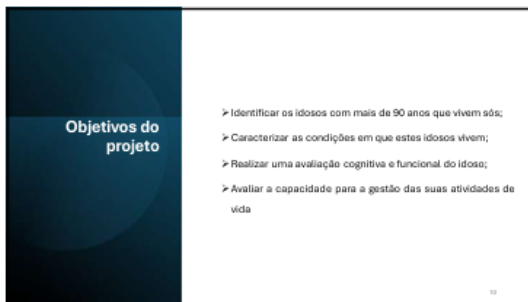
7



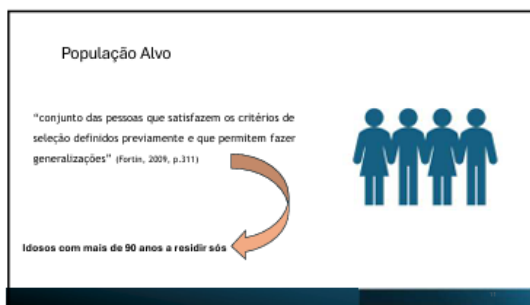
8



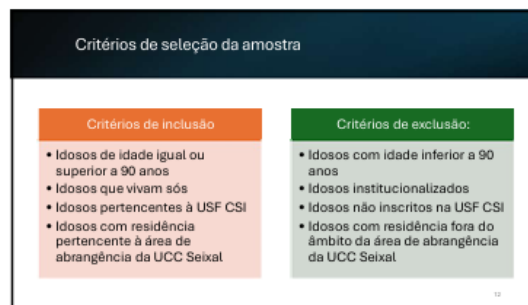
9



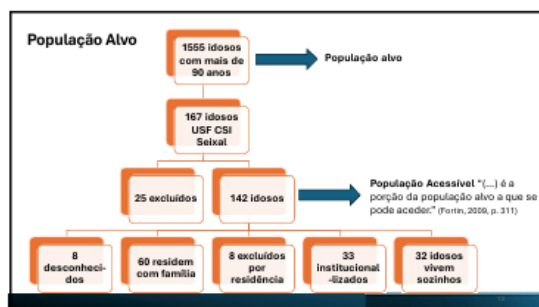
10



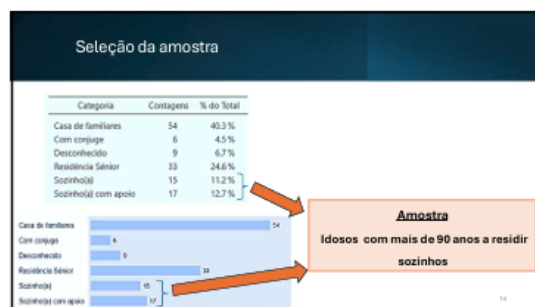
11



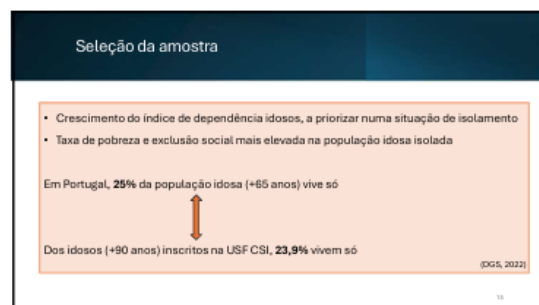
12



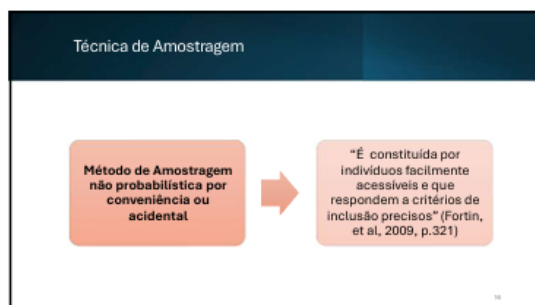
13



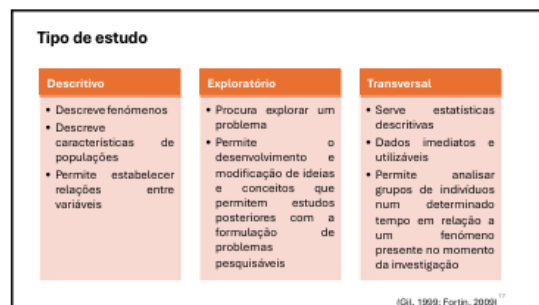
14



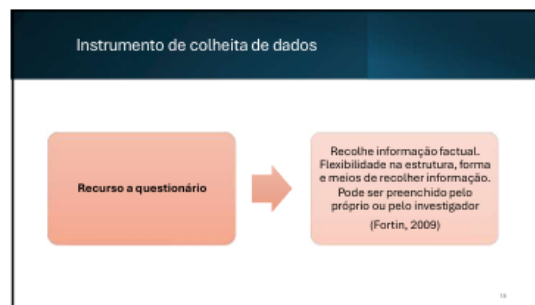
15



16



17



18

Instrumento de colheita de dados			
Dimensão Sociodemográfica	Dimensão Habitacional	Dimensão condição de saúde	Dimensão Psicossocial
☐ Caracterização pessoal e familiar ☐ Caracterização socioprofissional e económica ☐ Caracterização das redes de apoio e socialidade	☐ Características da habitação ☐ Acessibilidade ☐ Qualidade ambiental e vigilância veterinária	☐ Antecedentes pessoais ☐ Hábitos de vida ☐ Gestão do regime medicamentoso ☐ Gestão regime dietético ☐ Dados antropométricos ☐ Utilização serviços saúde ☐ Eliminação/ Uso de sanitário ☐ Sono e Repouso ☐ Hábitos de Higiene	☐ Solidão

19

Instrumento de colheita de dados	
Avaliação capacidade autocuidado • Escala de Barthel Avaliação risco de quedas • Escala de Morse	

20

Princípios Éticos

- A investigação será planeada tendo por base o definido na Declaração de Helsínquia, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados.
- O estudo seguirá para a comissão de ética da ULS, esperando aceitação para efeitos de publicação de dados e exigências académicas no âmbito da especialidade em EEESCSP



21

Princípios Éticos

- O recrutamento de participantes será realizado primeiramente por contacto telefónico. Serão enviadas informações do estudo (contexto do projeto, equipa de investigação, objetivo, questões éticas e tipificação da participação requerida.)
- A participação é voluntária
- Para garantir a confidencialidade dos participantes, o consentimento informado será obrigatoriamente obtido antes de responder ao questionário.



22



23

APÊNDICE XV: Apresentação do projeto de intervenção à instituição parceira
(Câmara Municipal)

Diagnóstico de situação da pessoa idosa com 90 ou mais anos e que vive só



Helena Carreira - estudante Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
 «Saúde Pública na Escola Superior de Saúde Egas Moniz»
 Orientação pedagógica Professora D.ª Sílvia Fernandes
 Supervisão técnica USF Almada Seixal - UCC Seixal e EHF David Santos - UCC Almada Seixal

1

Enquadramento projeto estágio

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

→ **Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável**

*fatores de risco internos (idade avançada, comorbidades, comprometimento cognitivo, deficiência sensorial (...))
 *fatores de risco externos (rede social pobre ou inexistente, maior solidão, pobreza (...)) (ENEA, 2017, p.23/24)

Índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 183,5% em 2022

Tem o segundo maior índice de envelhecimento e segundo maior índice de dependência de idosos da União Europeia

É o 4º país da União Europeia que mais idosos tem a viver só

Monitorizar as principais vulnerabilidades em saúde nas pessoas idosas

2

Enquadramento projeto estágio

Necessidade identificada na Unidade de Saúde Pública de Almada

Quem são e como vivem os idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sozinhos?

% da população	2011	2021	AUMENTO
Idade	100 000	100 000	25 %
Sexo	50 000	50 000	50 %
Estado civil	20 000	20 000	50 %
Estado civil do top	10 000	10 000	25 %
Estado civil do bottom	10 000	10 000	25 %
Estado civil do total	20 000	20 000	25 %
Estado civil	20 000	20 000	5 %
Estado civil	10 000	10 000	25 %

Em 10 anos, o concelho do Seixal teve o maior aumento de idosos a viver sós de toda a península de Setúbal

Fatistas unipessoais segundo os Concelhos com 65 e mais anos
 Adaptado de PORDATA, 2024

3

Diagnóstico situação: população alvo

ULS Almada Seixal – 4127 idosos com 90 ou mais anos

Concelho Seixal – idosos (+90) na área abrangência UCC Seixal

1555 idosos com mais de 90 anos

142 idosos USF CSI Seixal

32 idosos vivem sozinhos

Em Portugal, 25% da população idosa (+65 anos) vive só (2021, 2022)

Dos idosos (+90 anos) inscritos na USF CSI, 22,5% vive só

Diagnóstico de situação de 21 idosos

BI-SCP (18/06/2024)

4

Principais resultados diagnóstico de situação

- 81% das pessoas idosas com défice visual e auditivo
 - 70,6% das pessoas idosas sente impacto nas suas atividades de vida
- 57,1% das pessoas idosas já teve que pedir ajuda devido a uma emergência de saúde
 - 40% tem dificuldade em usar o telemóvel
 - 14,3% não tem telemóvel, apenas telefone fixo
- 66,7% das pessoas idosas que vivem sós apresentam uma dependência ligeira/moderada (avaliada base do Barteni)
 - 19,1% das pessoas não se deslocam ao exterior para usufruir de algum bem ou serviço
 - 9,5% dos idosos não têm alguém que preste apoio regular

5

Principais resultados diagnóstico de situação

- 57,1% dos idosos apresentam médio risco de queda e 28,6% têm alto risco (avaliação pela Escala de quedas de Morse)
- 33,3% das pessoas idosas teve uma queda no domicílio nos 3 meses anteriores à visita domiciliar
- 85,7% dos idosos tem escadas como acesso à sua habitação e outros desníveis no interior da mesma
 - 66,7% das pessoas não tem equipamentos de apoio à mobilidade e atividades de vida

6

Principais resultados diagnóstico de situação

- 61,9% das pessoas idosas não se sentem bem a viver sozinhas
 - 76,9% não tentou mudar a sua situação
- 57,1% não sentem capazes de viver sós
 - 66,7% não tentou mudar a situação

7

Intervenção

Importância/ dimensão do problema

Exequibilidade da intervenção

Prevenção quedas

Sessões de capacitação às pessoas idosas e pessoas de referência (familiares e vizinhos)

- Ensino sobre:
 - fatores de risco quedas
 - atuação em caso de queda
 - prevenção quedas no domicílio
 - disponibilização de materiais de apoio

Diminuição do risco de queda ← Capacitação → Redução de desníveis na habitação

8

9

10

11

12

APÊNDICE XVI: Apresentação sessão educação para a saúde



Prevenção de quedas na pessoa idosa

Elaborado por Marina Correia, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Supervisão clínica Enfermeira Helena Correia e Orientação pedagógica Professora Sónia Fernandes da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Porquê falar em quedas?

- As quedas são mais frequentes nas pessoas idosas
- Acontecem a maior parte das vezes em casa
- Têm riscos para a saúde e qualidade de vida
- Acontecem por variadas causas



PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

O que coloca a pessoa idosa em risco de queda?

- Redução da mobilidade;
- Diminuição da força nos músculos
- Diminuição do equilíbrio



O que pode fazer para diminuir o risco de queda ?

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ **Realizar exercício físico regularmente**



O que coloca a pessoa idosa em risco de queda?

- Ver mal
- Ouvir mal – ouvidos interferem no equilíbrio



O que pode fazer para diminuir o risco de queda?

✓ **Verifique regularmente a visão e audição junto de um profissional**

- Se usa aparelho auditivo, certifique-se que está em boas condições com um profissional de saúde



- Use sempre óculos que são receitados pelo médico



O que coloca a pessoa idosa em risco de queda?

- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular) e uso de determinados medicamentos;



O que pode fazer para diminuir o risco de queda?

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ Toma adequada da medicação

- Toma dos medicamentos corretos, à hora indicada pelo médico;



- Informe-se com o médico sobre possíveis efeitos secundários da medicação, que aumentem o risco de queda
 - Considere pedir ajuda na preparação da medicação para cada momento do dia;
-

O que coloca a pessoa idosa em risco de queda?

- Calçado não adequado



O que pode fazer para diminuir o risco de queda?

✓ **Tenha atenção ao calçado**

- Utilizar sapatos ou chinelos com calcanhares reforçados e presos ao pé.
- Prefira sapatos com velcro e sem salto, devendo ter solas antiderrapantes;
- Cuide dos pés, mantendo-os limpos, com unhas cortadas e pele hidratada.



Alguns apoios



Calçadeira de meias e calçadeira de sapatos

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

O que coloca a pessoa idosa em risco de queda?

- Alimentação inadequada
- Beber pouca água



O que pode fazer para diminuir o risco de queda?

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ **Manter uma dieta saudável**

- Fazer uma alimentação variada, no mínimo com 5 refeições diárias;

- Consumir diariamente alimentos com vitamina D, que fortalece os ossos, aumenta a força muscular e equilíbrio

(exemplo: salmão, atum, fígado, leite, ovos, iogurtes, queijo)



- Beber mais de 1L de água;
- Não consumir bebidas alcoólicas

Outros conselhos para reduzir o risco de queda



Os meios auxiliares de marcha (andarrilho, muleta, bengala, cadeira de rodas) devem ser verificados pelo desgaste das borrachas e outros acessórios;

- Tenha atenção aos animais de estimação que por vezes podem provocar desequilíbrios e quedas.



- Evitar inclinação para alcançar objetos do chão, usando uma pinça



PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Reduzir o risco de queda – ter uma casa segura

Manual de prevenção de quedas na pessoa idosa



Vamos sugerir o que podemos melhorar em cada divisão

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Se cair e estiver sozinho em casa?

- Deve trazer consigo o telemóvel ou ter um alarme/ botão SOS;
- Deve tentar manter-se quente até que chegue ajuda, utilizando o que estiver mais à mão: tapetes, lençóis, casacos...
- É importante existir uma chave de reserva com um membro da família ou outra pessoa da sua confiança;



PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Se cair e estiver sozinho em casa?

Não se tente levantar se tiver uma dor intensa!



1. Rode sobre o próprio corpo até ficar de barriga para baixo.
2. Apoie os joelhos até ficar de quatro. Procure, com o olhar, um elemento de apoio firme e aproxime-se dele
3. Apoie firmemente as mãos no mesmo e tente se colocar de pé com a ajuda dos antebraços.
4. Uma vez de pé, descanse antes de voltar a andar.



**Obrigada pela sua
atenção!**

APÊNDICE XVII: Plano de sessão de educação para a saúde

Plano de sessão

Objetivo Geral: Capacitar as pessoas idosas a adotar medidas e comportamentos que reduzam o risco de queda

População alvo: Pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos, com avaliação médio e alto risco de queda (escala de Morse) e suas pessoas de referência

Data: Janeiro 2025

Local: Domicílio dos participantes

Formador: Marina Carreira

Duração da sessão: 60 minutos

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO
Introdução	Apresentação do tema, objetivos e sua pertinência; Avaliação diagnóstica de conhecimentos relativo à prevenção de quedas no domicílio (questionário)	Expositivo e interrogativo	Computador portátil, internet móvel, mesa, cadeiras	10 minutos
Desenvolvimento	Definição queda e suas consequências; Epidemiologia das quedas; Fatores de risco das quedas; Medidas gerais de prevenção; Medidas de prevenção a aplicar no domicílio (em função dos riscos avaliados); Demonstração de atividade física adequada	Expositivo Participativo Demonstrativo	Computador portátil, internet móvel, folhas A4 impressas, folhas A4 brancas, pasta expositora, canetas, mesa, cadeiras	30 minutos

	à condição da pessoa idosa; Atuação em caso de queda: demonstração.			
Conclusão	Resumo das principais ideias e esclarecimento de dúvidas; Entrega do folheto “Prevenir quedas na pessoa idosa” e “Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa”.	Expositivo Participativo	Folheto e manual	10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão de educação para a saúde; Avaliação diagnóstica de conhecimentos adquiridos pelos participantes (questionário).	Interrogativo	Folhas A4, canetas, mesa, cadeiras	10 minutos

APÊNDICE XVIII: Avaliação sessão de educação para a saúde

Avaliação da sessão de educação para a saúde

Gostaria de saber qual a sua opinião acerca da sessão de educação para a saúde.

1 – Considera que o tema desta sessão foi útil?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

2 – A duração da sessão foi adequada?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

3 – Considera que o tema foi apresentado de forma clara?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

4 – Acha que os assuntos abordados vão ajudá-lo(a) a prevenir as quedas?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

APÊNDICE XIX: Questionário avaliação conhecimento dos participantes

Questionário de avaliação conhecimento sobre prevenção quedas

Gostaria de realizar cinco questões relacionadas com a prevenção de quedas nas pessoas idosas.

Peço a sua colaboração respondendo às perguntas que se seguem:

1 – A maioria das quedas nas pessoas idosas acontecem fora de casa?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

2 – A dificuldade em ouvir pode aumentar o risco de cair?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

3 – Os animais a circular pela casa aumentam o risco de queda?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

4 – Os enganos ou esquecimentos na toma dos medicamentos podem aumentar o risco de queda?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

5 – Realizar exercício físico, pode diminuir o risco de queda?

Sim ☐ Não ☐ Não sei ☐

APÊNDICE XX: Manual de prevenção quedas na pessoa idosa



Manual de prevenção de quedas **na pessoa idosa**

Elaborado por Marina Carreira, aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.
Supervisão clínica Enfermeira Helena Correia e Orientação pedagógica Professora Sónia Fernandes da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Índice

1. Introdução.....	3
2. Fatores de risco das quedas na pessoa idosa	4
3. Medidas de prevenção.....	5
4. Atuação em caso de queda.....	18
5. Contactos úteis	21
6. Referências Bibliográficas	22

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

1. Introdução

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável é um desafio para a sociedade e não depende exclusivamente das condições de saúde da pessoa. A família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece. Enquanto cuidador informal/ familiar, o seu papel é de extrema importância para garantir o bem estar da pessoa idosa que necessita do seu apoio.

A ocorrência de quedas é das principais causas de perda de autonomia e de qualidade de vida na pessoa idosa, com forte impacto também para o cuidador. Sabe-se que as quedas acontecem maioritariamente em casa e queremos ajudá-lo a avaliar o que pode fazer para tornar a habitação mais segura.

Assim, o objetivo deste manual é sensibilizá-lo para a importância de adotar medidas preventivas à ocorrência de quedas, fornecendo alguns conselhos práticos para a pessoa idosa seja também uma aliada neste desafio.

3

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

2. Fatores de risco das quedas na pessoa idosa

- Diminuição da visão e audição;



- Redução da mobilidade;

- Diminuição da força muscular e equilíbrio;



- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular) e uso de determinados medicamentos;



- Calçado não adequado;



- Superfícies escorregadias e tapetes soltos.



4

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

3. Medidas de prevenção

✓ Toma adequada da medicação

- Deve instruir e relembrar a pessoa idosa da necessidade de toma dos medicamentos corretos, à hora indicada pelo médico;
- Informe-se com o médico sobre efeitos secundários da medicação que aumentem o risco de queda. Certifique-se que a medicação está bem identificada e armazenada em local seguro;
- Considere fazer a preparação da medicação para a pessoa idosa, separando adequadamente os medicamentos para cada momento do dia;
- Tenha em conta que enganos ou esquecimentos podem levar a um maior risco de queda, opte por vigiar a toma adequada dos medicamentos, sempre que possível.



5

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ Verifique regularmente a visão e audição junto de um profissional

- Garanta consultas de vigilância da audição da pessoa idosa. Se esta utiliza aparelho auditivo, certifique-se junto de um profissional de saúde que está adequado às necessidades e em boas condições de funcionamento;
- Incentive a pessoa a usar sempre óculos que são receitados pelo médico e marque consultas de revisão a cada 2 anos, no mínimo;
- Estimule a pessoa a utilizar adequadamente os seus óculos, respeitando a indicação dada pelo profissional. Esteja atento à necessidade de permanecerem ajustados ao rosto;



6

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ **Realizar exercício físico regularmente**

O exercício ajuda a que a pessoa idosa se movimente melhor e tenha menor risco de queda. Deve ser adequado à sua condição. Seguem alguns exemplos para manter a flexibilidade, equilíbrio e força:

- Sentar-se e levantar-se sem se apoiar;



- Sentado, dobrar/esticar o joelho de forma alternada;



- Esticar o tronco com as mãos na cintura para a direita e para a esquerda;

- Caminhar sobre uma linha reta imaginária, com ou sem apoios;

- Estimule uma rotina de marcha, idealmente com acompanhamento.



7

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ **Manter uma dieta saudável**

• Fazer uma alimentação variada, no mínimo com 5 refeições diárias;

• Consumir diariamente alimentos com vitamina D, como por exemplo: salmão, atum, fígado, leite, ovos, iogurtes, queijo. A vitamina D fortalece os ossos, sendo também importante no aumento da força muscular e equilíbrio;



• Beber mais de 1L de água, tendo especial atenção nos dias quentes;

• Não consumir bebidas alcoólicas, pois pode diminuir os reflexos e afetar o equilíbrio.

8

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

✓ **Tenha atenção ao calçado**

- Deverão ser utilizados sapatos ou chinelos com calcanhares reforçados e presos ao pé. Prefira sapatos com velcro e sem salto, devendo ter solas antiderrapantes; 
- Os sapatos adequados podem ajudar a prevenir problemas nos pés. Cuide dos pés, mantendo-os limpos, com unhas cortadas e pele hidratada. Consulte o médico caso a pessoa apresente alguma lesão no pé ou dor.



✓ **Medidas de prevenção no domicílio**

A maioria das quedas ocorre em casa, mais frequentemente na casa de banho, cozinha e escadas, sendo fundamental criar ambientes seguros. Passamos a enumerar algumas dicas que podem ser úteis para que possa avaliar e modificar o ambiente onde a pessoa idosa vive, minimizando o risco de queda.

9

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio – pavimento

- Mantenha a zona de circulação livre de obstáculos. Retire extensões elétricas, fios de telefone ou outros objetos que estejam espalhados no chão;
- Disponha o mobiliário de forma a facilitar a circulação;
- Retire os tapetes ou prenda-os ao chão;
- Caso existam mudanças no nível do chão, procure identificá-las com cores ou texturas que sobressaíam.



Pavimento/ chão

10

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio - escadas

- Certifique-se que tem iluminação suficiente nas escadas;
- Coloque corrimão nas escadas, 75 cm acima dos degraus e considere colocar fita adesiva colorida na beira de cada degrau;
- Vigie a necessidade de reparação das escadas e corrimões;
- Retire os tapetes dos degraus ou prenda-os;
- Mantenha a escadaria livre de obstáculos



Escadas

11

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio - cozinha

Cozinha



- Armazene itens leves em armários superiores e os mais pesados nos armários inferiores;
- Não utilize armários muito altos de forma a evitar o recurso a bancos ou escadas para alcançar os objetos;
- Organize a cozinha de forma a que os objetos utilizados regularmente estejam acessíveis;
- Tenha atenção a eventuais derrames de líquido no chão, mantenha o pavimento seco



12

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio – sala

Sala



- Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os atos de sentar e levantar;

- Utilize cadeiras, poltronas ou sofás com apoios laterais e altura que permita ficar com a coluna direita e pés assentes no chão



- Evite esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio.

13

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio – casa de banho

Casa de banho



- Prefira o polibã à banheira;

- Utilize barras de apoio no polibã ou na banheira e nas paredes próximas da sanita;

- Utilize tapete antiderrapante ou piso antiderrapante;



- Garanta um chuveiro de mão e assento de banho resistente;

- Esteja atento à humidade ou derrames, mantendo o pavimento seco;

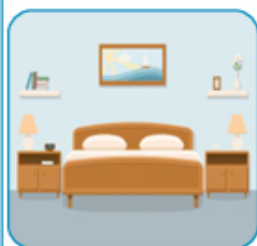
- Se necessário, coloque um alteador de sanita.

14

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Medidas de prevenção no domicílio – quarto

Quarto



- Use uma mesa de cabeceira com bordas arredondadas e procure fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite apoiar-se nela;
- Mantenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que a pessoa possa sentar-se para calçar meias e sapatos;
- Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro;
- Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que a pessoa assente os pés no chão.



15

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Outros conselhos



Certifique-se que a iluminação é suficiente em todas as divisões. Garanta que os interruptores de luz são de fácil acesso e junto às portas;



Opte por prender o mobiliário à parede e prefira mobiliário com cantos arredondados ou aplique proteções de canto;

Caso se aplique, mantenha em bom estado e livre de obstáculos, os passeios, garagem e pavimentos em torno da sua casa;

Os meios auxiliares de marcha (andarrilho, muleta, bengala, cadeira de rodas) devem ser verificados periodicamente para garantir que reúnem as condições de segurança;

Tenha atenção aos animais de estimação que por vezes podem provocar desequilíbrios e quedas.



16

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Relembre
frequentemente a
pessoa idosa da
necessidade de:

- Mudar de posição com movimentos lentos; Por exemplo, levantar da cama gradualmente e ficar um pouco sentado antes de se colocar de pé;
- Sentar-se para vestir e calçar;
- Evitar inclinação para alcançar objetos do chão, usando uma pinça que é um dispositivo de apoio para o efeito.



17

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

4. Atuação em caso de queda



Especialmente se a pessoa idosa estiver sozinha, tenha em conta o seguinte:

- Avalie a possibilidade de entregar uma chave de reserva a um membro da família ou outra pessoa da sua confiança. Poderá ainda optar por fazer chamadas telefónicas de segurança com regularidade;
- Caminhe com a pessoa idosa e aperceba-se da sua capacidade de marcha: força, equilíbrio, tonturas. É importante para perceber as dificuldades e limitações;
- Valorize as queixas e caso necessário consulte o médico para avaliação;
- Pondere a aquisição de um dispositivo de alarme que auxilia da deteção de queda e também no pedido de assistência. Existem várias opções no mercado.



18

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Em caso de queda, tentar levantar a pessoa apenas se esta conseguir colaborar e não apresente queixas de dor intensa!

- Forneça um apoio firme para que a pessoa possa usar os móveis ao redor para se levantar gradualmente;
- Posicione uma cadeira firme atrás da pessoa e, com cuidado, ajude-a a sentar-se.



É importante reforçar junto da pessoa idosa que:

- Deve ter o telefone fixo com fácil acesso. Idealmente deve trazer consigo o telemóvel (por exemplo uma bolsa ao peito) ou ter um alarme/ botão SOS.
- Se tiver uma dor muito intensa e não conseguir levantar-se, deve pedir ajuda recorrendo ao telemóvel. Poderá fazer barulho com um objeto acessível para chamar a atenção dos vizinhos;
- Deve tentar manter-se quente até que chegue ajuda, utilizando o que estiver mais à mão: tapetes, lençóis, casacos...

19

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

Se a pessoa idosa está sozinha no momento da queda

Instrua a pessoa e relembre frequentemente sobre a atuação em caso de queda:



1. Rode sobre o próprio corpo até ficar de barriga para baixo.
2. Apoie os joelhos até ficar de quatro. Procure, com o olhar, um elemento de apoio firme e aproxime-se dele
3. Apoie firmemente as mãos no mesmo e tente se colocar de pé com a ajuda dos antebraços.
4. Uma vez de pé, descanse antes de voltar a andar.

20

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

5. Contactos úteis

Linha do Cidadão Idoso - 800 203 531

SOS Pessoa Idosa – 800 102 100 (apenas nos dias úteis das 10 às 17h)

Bombeiros do Seixal - 212 279 530

PSP Seixal - 219 020 960

SNS 24 – 808 24 24 24

Número de emergência - 112



Registe os seus contactos importantes:



21

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

6. Referências Bibliográficas

Almeida, A.; Pinto, A. M.; Dantas, C. & Nossa, P. (2018). *Manual de Boas Práticas para a Prevenção de Quedas em Idosos*. Cáritas Diocesana de Coimbra. Obtido em dezembro 19, 2024, de https://caritascoimbra.pt/wp-content/uploads/2018/04/Manual-de-Quedas_PT_.pdf

Alves, T., Silva, S., Braz, P., Aniceto, C., Mexia, R., & Dias, C. M. (2024, janeiro-abril). Quedas em pessoas idosas em Portugal: uma abordagem epidemiológica a partir dos dados de 2023 do sistema EVITA. *Boletim Epidemiológico Observações*, 13(35): 91:95. Obtido em dezembro 21, 2024, de <http://hdl.handle.net/10400.18/9178>

Burns, E., Kakara, R., Moreland, B. (2023). *A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community-Dwelling Older Adults*. (4ªed). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, Atlanta, GA. Obtido em janeiro 6, 2025, de https://stacks.cdc.gov/view/cdc/124200/cdc_124200_DS1.pdf

Comissão de proteção do idoso. (s.d). *Quedas e outros acidentes domésticos nas pessoas idosas*. Obtido em janeiro 8, 2025, de https://www.cpidoso.pt/casa_segura/

Diogo, A. R., & Moura, M. (2017). *Prevenção de quedas em idosos no domicílio*. Direção Regional de Solidariedade Social. Obtido em dezembro 20, 2024, de <https://biblioteca.sns.gov.pt/wp->

22

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA PESSOA IDOSA

[content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven%C3%A7%C3%A3o-quedas.pdf](#)

National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Preventing Falls: A Guide to Implementing Effective Community-Based Fall Prevention Programs* (2ª ed.). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Atlanta, GA. Obtido em janeiro 28, 2024, de https://stacks.cdc.gov/view/cdc/30688/cdc_30688_DS1.pdf

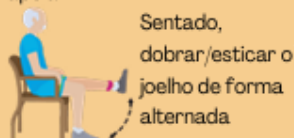
World Health Organization. (2021). *Step safely: strategies for preventing and managing falls across the life-course*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-002191-4

APÊNDICE XXI: Panfleto “Prevenir quedas na pessoa idosa”

Pratique exercício físico adequado à sua condição



Sentar-se e levantar-se sem se apoiar



Sentado, dobrar/esticar o joelho de forma alternada

Esticar o tronco com as mãos na cintura para a direita e para a esquerda



Caminhar sobre uma linha reta imaginária, com ou sem apoios



Estimule uma rotina de marcha.

Conselhos importantes

- Deve ter o telefone fixo num local de fácil acesso. Idealmente deve trazer consigo o telemóvel (por exemplo numa bolsa ao peito)
- Adquirir um dispositivo com botão SOS, que auxilia na detecção de quedas e chamada de ajuda.

Contatos úteis

Linha do Cidadão Idoso - 800 203 531
SOS Pessoa Idosa - 800 102 100
(apenas nos dias úteis das 10 às 17h)
Bombeiros do Seixal - 212 279 530
PSP Seixal - 219 020 960
Hospital Garcia Orta - 255 922 040

Prevenir quedas na pessoa idosa



Elaborado por Marina Carneira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Principais causas de quedas no idoso

- Diminuição da visão e audição



- Redução da mobilidade



- Diminuição da força muscular e equilíbrio

- Doenças (osteoporose, doença cardiovascular) e uso de determinados medicamentos



- Calçado não adequado



- Superfícies escorregadias e tapetes soltos

Como prevenir as quedas?

- Retire os tapetes ou utilize tapetes antiderrapantes

- Utilize sapatos ou chinelos com calcanhares reforçados e presos ao pé. Devem ter solas antiderrapantes;



- Coloque os objetos de uso diário em local de fácil acesso

- Mantenha uma boa iluminação na sua casa, principalmente de noite

- Evitar escadas sem corrimão ou com degraus estreitos



- Sente-se em poltronas, sofás ou cadeiras altas e firmes e com apoios laterais;



- Coloque barras de apoio junto à sanita, lavatório e polibã ou banheira



- Deve garantir que toma os medicamentos corretos à hora indicada pelo seu médico.



- Considere pedir ajuda para preparar a medicação. Enganos ou esquecimentos podem levar a um maior risco de queda.



- Verifique regularmente a visão e audição junto de um profissional

APÊNDICE XXII: Apresentação final do projeto às equipes da USP, UCC E USF

Diagnóstico de situação da pessoa idosa com 90 ou mais anos e que vive só



Marina Camela - estudante Matricada em Enfermagem da Saúde
Comunidade Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Egas Moniz
Orientação pedagógica Professora D^{ra} Sónia Fernandes
Supervisão clínica: Dr^{as} Daniela Santos - USF Almada Seixal e Dr^{as} Helena Correia - UCC Seixal

Seixal, 14 de Fevereiro de 2025

1

Introdução

Projeto de intervenção comunitária no âmbito do estágio

Diagnóstico de Situação da pessoa idosa com 90 ou mais anos e que vive só

- Fases do planeamento em saúde

Diagnóstico Situação

Definição Prioridades

Fixação Objetivos

Seleção Estratégias

Preparação Operacional

Avaliação

Um bom diagnóstico é o que garante respostas adequadas de necessidades locais. É um bom predictor da eficácia de qualquer projeto de intervenção

(Knapton & Gosholtz, 1985)

2

Objetivos do diagnóstico de situação



Objetivo Geral:

- Realizar um diagnóstico de situação dos utentes de uma USF da ULS Almada Seixal, com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sós.

Objetivos específicos:

- Realizar a caracterização Sociodemográfica, Habitacional, de Condição de Saúde e Psicossocial;
- Realizar uma avaliação cognitiva e funcional;
- Avaliar a capacidade para a gestão das atividades de vida diária;
- Avaliar o risco de queda;
- Avaliar o risco de úlceras por pressão

3

Percurso percorrido...



Junho 2024 - Reunião conjunta
Fase: instrumento de coleta de dados em construção

Recrutamento participante e aplicação instrumento coleta de dados

Consentimento pré-teste e pré teste para validação do instrumento coleta de dados

Definição de prioridades e objetivos

Intervenção comunitária/ Avaliação

Jan. 2025

4

Diagnóstico de situação - preparação

Área abrangência UCC Seixal

1555 pessoas idosas (90 ou mais anos)

→

142 USF CSI Seixal

→

32 vivem sozinhos (22,5%)

✓ 6 já não viviam sós (3 com familiares e 3 em instituição)

✓ 2 óbitos

24 idosos

5

Diagnóstico situação

Coleta de dados - preparação

Recrutamento 1ª fase

Contato telefónico inicial do investigador (24 pessoas)

Recrutamento 2ª fase

Consentimento assinado livre e esclarecido (21 pessoas)

Coleta de dados

Avaliação do participante e aplicação do questionário (21 pessoas)

2 recusas + 1 contacto não conseguido

6

Diagnóstico situação

Coleta de dados - aplicação do questionário e escalas



Avaliação Cognitiva

- Mini Cog Test

Avaliação risco de quedas

- Escala de Morse

Avaliação Capacidade de Autocuidado

- Escala de Barthel

Avaliação Risco de Úlceras

- Escala de Braden

7

Diagnóstico situação

Resultados - dimensão sociodemográfica

Caracterização pessoal e familiar

- Idades: mínima 90 anos; máxima 97 anos e modo 91 anos
- 90,5% viúvos
- 57,1% vive só há mais de 10 anos;
- 85,7 tem filhos;

Caracterização socioprofissional e económica

- 95,2 não ativos profissionalmente
- 50% reformou-se devido à idade
- 47,6% considera que a situação económica é suficiente para as necessidades; 33,3% sente-se confortável e 19,1% tem algumas dificuldades
- 38,1% (8) recebem ajuda financeira.

1ª parte (tempestade de ideias)	2ª parte (compartilhamento)	3ª parte (conclusões)
5	12	3
23,8%	57,1%	14,1%

Capacidade de ler e escrever das inquirições

Sim	Não	Total
21	0	21 (100%)

8

Diagnóstico situação

Resultados - dimensão sociodemográfica

Caracterização redes de apoio e sociabilidades

- 57,1% das pessoas idosas já teve que pedir ajuda devido a uma emergência de saúde
- 51,5% dos inquiridos tem um familiar como referência para pedir ajuda e 24,2% tem um vizinho
- 40% tem dificuldade em usar o telemóvel
- 14,3% não tem telemóvel, apenas telefone fixo

Atividades de lazer

- 95% respondeu tem como atividade de lazer ver televisão
- 66,6% responde convívio com os amigos e família

9

Diagnóstico situação

Resultados - dimensão sociodemográfica

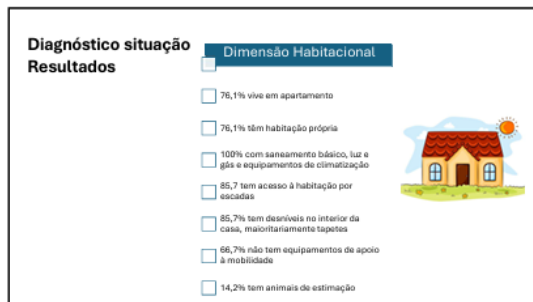
Apoios

- 90,5% tem alguém que presta um apoio regular / 73,7% do apoio é diário
- 68,4% não paga pelo apoio regular prestado
- 76,1% das pessoas com apoio, o mesmo é prestado por um familiar
- O apoio prestado é essencialmente para compras da casa (28,8%), apoio doméstico (23,1%) e alimentação (15,4%)

Utilização de serviços

- 80,95% desloca-se ao exterior para usufruir algum tipo de bem ou serviço, maioritariamente serviços de saúde
- 50% deslocam-se em transporte a cargo de familiares/ 35,7% a pé

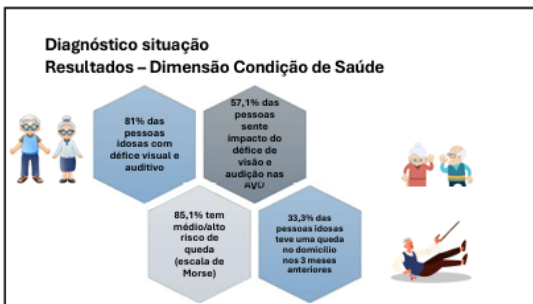
10



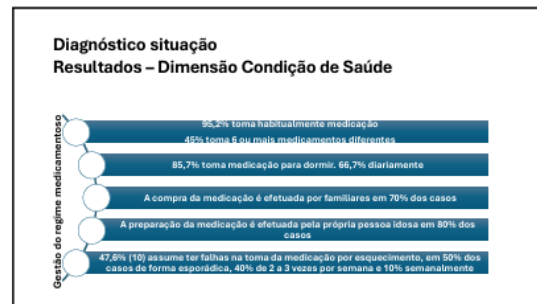
11



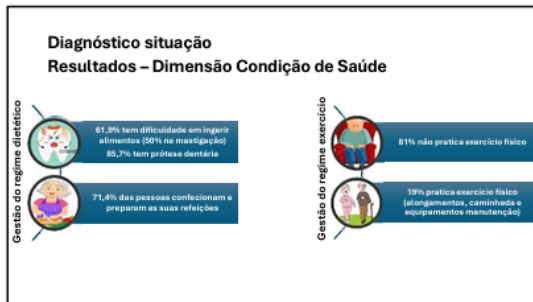
12



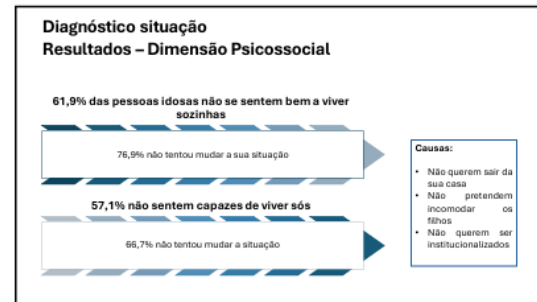
13



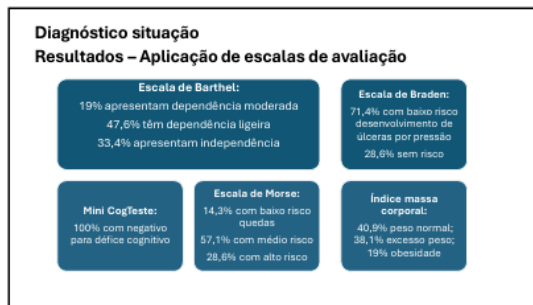
14



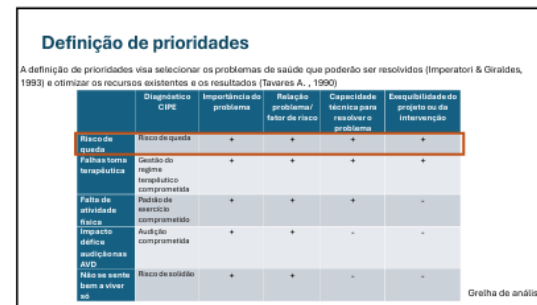
15



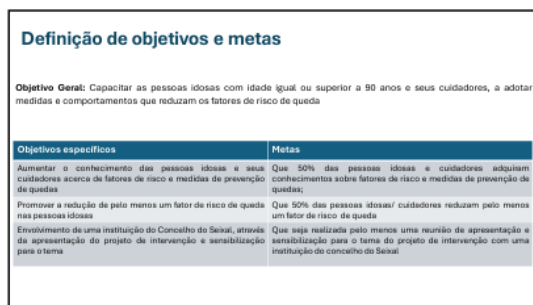
16



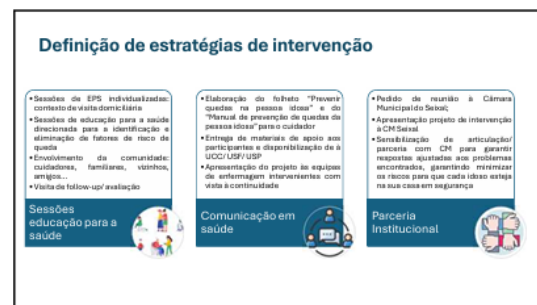
17



18



19



20

Preparação operacional

Criação de um plano de sessão

Objetivo Geral: Capacitar as pessoas idosas a adotar medidas e comportamentos que reduzam o risco de queda

População alvo: Pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos, com avaliação médio e alto risco de queda (escala de Morse) e seus cuidadores

Data: Janeiro 2025

Duração da sessão: 60 minutos

Local: Domicílio dos participantes

Formador: Mariana Carneira

Definição da população alvo de intervenção:

85,7% das pessoas idosas com médio/alto risco de queda - 18 idosos

- 1 óbito
- 1 impossibilidade de intervir (doença)
- 2 já não residem sozinhos
- 1 não está na área intervenção UCC

13 pessoas idosas a intervir

21

Preparação operacional

Das 13 pessoas idosas, 9 cuidadores (4 não têm cuidadores)

Articulação para intervenção com 11 pessoas idosas e 7 cuidadores

Educação para a saúde aberta à comunidade de suporte à pessoa idosa

Cuidador

Pessoa que assiste na identificação, prevenção e tratamento da doença ou incapacidade e atende às necessidades de outra pessoa com dependência (ICN, 2019)

22

Intervenção

ETAPAS	CONTEÚDO	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO
Introdução	Apresentação do tema, objetivos e sua pertinência; Avaliação diagnóstica de conhecimentos relativos à prevenção de quedas no domicílio (questionário)	Expositivo e interrogativo	Computador portátil, internet móvel, mesa, cadeiras	10 minutos
Desenvolvimento	Definição queda e suas consequências; Epidemiologia das quedas; Fatores de risco das quedas; Medidas gerais de prevenção; Medidas de prevenção a aplicar no domicílio (em função dos riscos avaliados); Demonstração de atividade física adequada à condição das pessoas idosas; Atuação em caso de queda: demonstração.	Expositivo Participativo Demonstrativo	Computador portátil, internet móvel, folhas A4, canetas, mesa, cadeiras	30 minutos
Conclusão	Resumo das principais ideias e esclarecimento de dúvidas; Entrega do folheto "Prevenir quedas na pessoa idosa" e "Manual de prevenção de quedas da pessoa idosa".	Expositivo Participativo	Folheto e manual	10 minutos
Avaliação	Avaliação da sessão de educação para a saúde; Avaliação diagnóstica de conhecimentos adquiridos pelos participantes (questionário).	Interrogativo	Folhas A4, canetas, mesa, cadeiras	10 minutos

23

Intervenção

Manual de prevenção de quedas na pessoa idosa

Índice

1. Introdução
2. Fatores de risco para quedas
3. Medidas de prevenção
4. Avaliação de risco
5. Prevenção de quedas
6. Atuação em caso de queda
7. Recursos disponíveis

24

Intervenção

Reunião na Câmara Municipal do Seixal

- Sensibilização para articulação/ parceria com os principais focos: respostas ajustadas às suas necessidades encontradas; garantir que cada idoso permaneça em casa em segurança e com acompanhamento afetivo

Disponibilizar um serviço continuado de monitorização a pessoas idosas, através da disponibilização de uma solução integrada, de componente humana e tecnológica

SOLUÇÃO DE TELEASSISTÊNCIA, SOS E DETEÇÃO DE QUEDAS

Exemplo dispositivo SOS

25

Intervenção – parceria proposta

Sinalização de casos de idosos em risco, assegurado pelo trabalho de proximidade da rede de parceiros sinalizadores

Alarma de quedas;

Botão de pânico;

Serviço de teleassistência, com resposta de emergência;

Serviço de apoio emocional.

EXEMPLO

Retirado do programa "Estamos Juntos" CM Porto

26

Avaliação

Indicador de resultado	Cálculo indicador	Objetivo	Dados	Resultado
Taxa de participantes que adquiriram conhecimentos sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas	Nº participantes que responderam corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos antes da sessão EPS / Nº participantes que responderam corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos após a sessão EPS X 100	50% x100	(7/11) x100	63,6% Atingido
Taxa de redução de fatores de risco de quedas	Nº fatores de risco reduzidos pelos participantes/ Nº participantes na sessão de EPS X 100	50% x100	(6/11) x100	54,5% Atingido
Taxa de participantes que consideram a sessão de EPS útil para prevenção de quedas	Nº participantes que consideram a sessão EPS útil para prevenção de quedas/ Nº participantes que avaliaram a sessão de EPS X 100	75% x100	(11/11)	100% Atingido
Taxa de participantes que avaliam positivamente a sessão de EPS	Nº participantes que avaliam positivamente a sessão de EPS/ Nº participantes que avaliaram a sessão de EPS X 100	75% x100	(11/11)	100% Atingido

27

Avaliação

Indicador de atividade	Cálculo indicador	Objetivo	Dados	Resultado
Taxa de participantes na sessão EPS (indicador de adesão)	nº participantes sessão EPS/ nº participantes elegíveis para a sessão EPS X 100	75% (11/13) X 100	(11/13) X 100	84,6% - Atingido
Taxa de realização de atividades	Número de atividades realizadas/ Número de atividades previstas x 100	100% (8/8) X 100	(8/8) X 100	100% - Atingido

28

Conclusão

Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

"(...) a identificação de idosos sós, com o acompanhamento de correntes de entreajuda (...)" (DGS, 2022, p.29) é uma das prioridades da Estratégia Nacional de Saúde em vigor

29

Sugestões

- Alargar um diagnóstico de situação a outra faixa etária da população idosa que vive só
- Identificação do tipo de família e tipo de habitação no processo familiar no atelício

30

APÊNDICE XXIII: Apresentação final do projeto à equipa multidisciplinar da
USP

Diagnóstico de situação da pessoa idosa com 90 ou mais anos e que vive só



Henrique Cardoso - estudante licenciado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Faculdade Superior de Saúde Egas Moniz
Orientador pedagógico: Prof. Dr. J. Carlos Fernandes
Supervisor clínico: Dr.ª D. Amélia Santos - USF Almada Saúde e Cuid. Idosos (Almada - 19000 Saúde)

1

Como começou?

Necessidade identificada na Unidade de Saúde Pública Almada Seixal

Quem são e como vivem os idosos com idade superior ou igual a 90 anos e que vivem sozinhos?



2

Enquadramento

Portugal é o 4º país da União Europeia que mais idosos tem a viver só (portugal, 2016)



País	População total (2016)	População > 65 anos (2016)	População > 65 anos vivendo só (2016)
Portugal	10 620 000	2 100 000	1 100 000
Itália	60 700 000	14 000 000	7 000 000
Grécia	11 500 000	2 500 000	1 200 000
Polónia	38 000 000	6 000 000	3 000 000
Países Baixos	17 000 000	3 000 000	1 500 000
Irlanda	4 600 000	1 000 000	500 000
Reino Unido	63 000 000	16 000 000	8 000 000
Eslovénia	2 100 000	500 000	250 000
Eslováquia	5 400 000	1 200 000	600 000
Estónia	1 300 000	300 000	150 000
Lituânia	3 000 000	700 000	350 000
Letónia	1 300 000	300 000	150 000
Malta	450 000	100 000	50 000

3

Enquadramento Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

«Objetos de risco: idades avançadas, comorbilidades, competências cognitivas, deficiências sensoriais...»
«Fatores de risco: isolamento (rede social/pobre ou inexistente), menor atividade, pobreza (...), doenças, etc.»

«Garantir a avaliação regular de funcionalidade das pessoas idosas como instrumento fundamental de avaliação do seu estado de saúde.»

Questionário
Consentimento de peritos
Pré teste

Avaliação multidimensional do idoso a viver só através da aplicação de um instrumento coleta de dados

4

Construção do questionário

- Avaliação Cognitiva**
 - Mini Cog Test
- Avaliação risco de quedas**
 - Escala de Morse
- Avaliação Capacidade de Autocuidado**
 - Escala de Barthel
- Avaliação Risco de Úlceras**
 - Escala de Braden

5

Diagnóstico de situação

Área abrangência UCC Seixal

1555 pessoas idosas (90 ou mais anos) → 142 USF CSI Seixal → 32 vivem sozinhos (22,5%)

✓ 6 já não viviam sós (3 com familiares e 3 em instituição)
✓ 2 óbitos

24 idosos

6

Diagnóstico situação Colheita de dados – preparação

Recrutamento 1ª fase
 Contacto telefónico inicial do investigador (24 pessoas)

Recrutamento 2ª fase
 Consentimento assinado livre e esclarecido (21 pessoas)

Colheita de dados
 Avaliação do participante e aplicação do questionário (21 pessoas)

2 recusas + 1 contacto não conseguido

7

Diagnóstico situação Resultados – dimensão sociodemográfica

Caracterização pessoal e familiar

- Idades: mínima 90 anos; máxima 97 anos e média: 91 anos
- 66,5% viúvas
- 57,1% viveu até há mais de 10 anos;
- 65,7 tem filhos;

Caracterização socioprofissional e económica

- 95,2 não ativos profissionalmente
- 50% reformou-se devido à idade
- 47,6% considera que a situação económica é suficiente para as necessidades; 33,3% sente-se confortável e 19,1% tem algumas dificuldades
- 36,1% (8) recebem ajuda financeira.

Sociabilidade dos inquiridos

Relação	Nº	%
Parente completo (só)	6	23,8%
Parente completo (com)	10	37,0%
Parente incompleto	2	7,6%
Parente incompleto (com)	2	7,6%
Parente incompleto (só)	1	3,8%

Capacidade de se deslocar dos inquiridos

Capacidade	Nº	%
Capacidade de se deslocar	1	3,8%
Capacidade de se deslocar (com)	20	76,2%

8

Diagnóstico situação Resultados – dimensão sociodemográfica

Caracterização rede de apoio e sociabilidades

- 57,1% das pessoas idosas já teve que pedir ajuda devido a uma emergência de saúde
- 51,5% dos inquiridos tem um familiar como referência para pedir ajuda e 24,2% tem um vizinho
- 40% tem dificuldade em usar o telemóvel.
- 14,3% não tem telemóvel, apenas telefone fixo

Atividades de lazer

- 95% respondeu tem como atividade de lazer ver televisão
- 68,6% responde convívio com os amigos e família

9

Diagnóstico situação Resultados – dimensão sociodemográfica

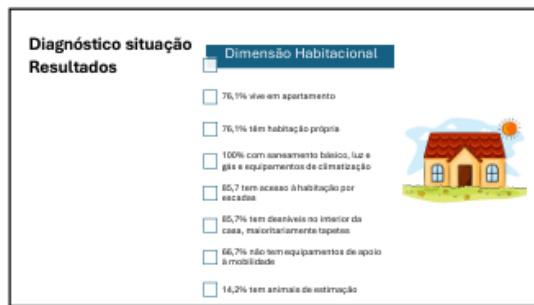
Apoios

- 90,5% tem alguém que presta um apoio regular / 73,7% do apoio é diário
- 68,4% não paga pelo apoio regular prestado
- 76,1% das pessoas com apoio, o mesmo é prestado por um familiar
- O apoio prestado é essencialmente para compras da casa (28,8%), apoio doméstico (23,1%) e alimentação (15,4%)

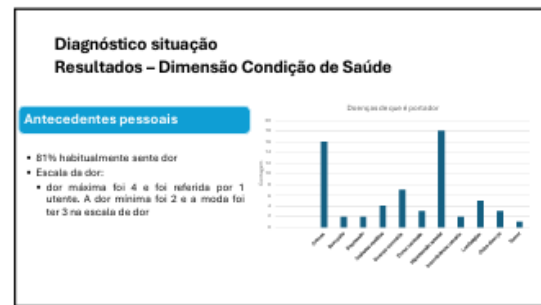
Utilização de serviços

- 80,95% deslocou-se ao exterior para usufruir algum tipo de bem ou serviço, maioritariamente serviços de saúde
- 50% deslocou-se em transporte a cargo de familiares/ 35,7% a pé

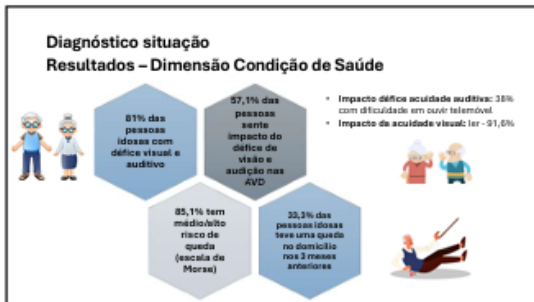
10



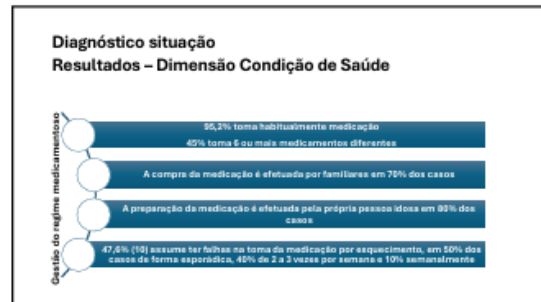
11



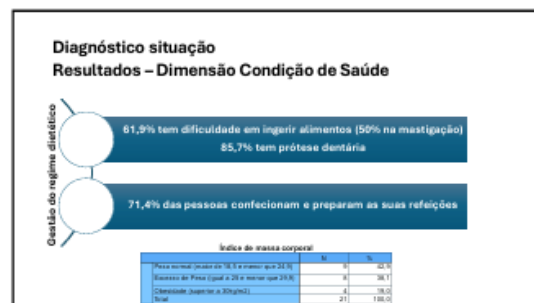
12



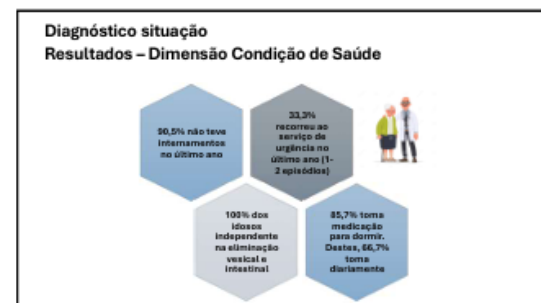
13



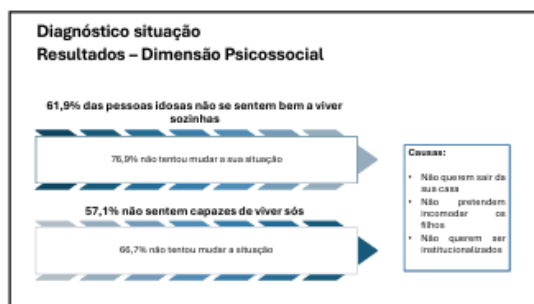
14



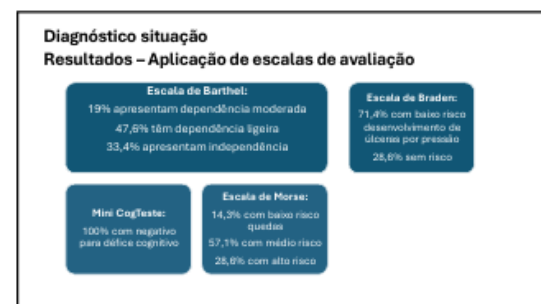
15



16



17



18

Definição de prioridades

A definição de prioridades visa selecionar os problemas de saúde que poderão ser resolvidos (Imperatori & Grudeles, 1992) e otimizar os recursos existentes e os resultados (Tavares A., 1990)

	Diagnóstico CPE	Importância do problema	Relação problema-fator de risco	Capacidade institucional para resolução	Exequibilidade do projeto e da intervenção
Risco de queda	Risco de queda	+	+	+	+
Falhas na toma terapêutica	Deficiência na gestão terapêutica	+	+	+	+
Falhas na atividade física	Deficiência na gestão da atividade física	+	+	+	+
Insuficiência da audição e visão	Deficiência na gestão da audição e visão	+	+	+	+
Não se sente bem a viver só	Risco de solidão	+	+	+	+

Gráfico de análise

19

Definição de objetivos e metas

Objetivo Geral: Capacitar as pessoas idosas com idade igual ou superior a 90 anos e seus cuidadores, a adotar medidas e comportamentos que reduzam os fatores de risco de queda

Objetivos específicos	Metas
Aumentar o conhecimento das pessoas idosas e seus cuidadores acerca de fatores de risco e medidas de prevenção de quedas	Que 50% das pessoas idosas e cuidadores adquiram conhecimento sobre fatores de risco e medidas de prevenção de quedas
Promover a redução de pelo menos um fator de risco de queda nas pessoas idosas	Que 50% das pessoas idosas/cuidadores reduzam pelo menos um fator de risco de queda
Envolver uma instituição do Conselho do Setor, através da apresentação do projeto de intervenção e sensibilização para o tema do projeto de intervenção com uma instituição do conselho do Setor	Que seja realizada pelo menos uma reunião de apresentação e sensibilização para o tema do projeto de intervenção com uma instituição do conselho do Setor

20

Definição de estratégias de intervenção

- Sessões de EPS individualizadas:**
 - Contexto de visita domiciliária
 - Sessões de educação para a saúde emocional para a identificação e elaboração de fatores de risco de queda
 - Envolvimento da comunidade: cuidadores, familiares, vizinhos, amigos...
 - Visita de follow-up avaliação
- Elaboração do folheto "Prevenir quedas na pessoa idosa" e do "Manual de prevenção de quedas de pessoas idosas" para cuidador**
 - Entrega de materiais de apoio aos participantes e disponibilização de A.UCC/USP/USP
 - Apoio técnico do projeto às ações de intervenção: intervenções com vista à comunidade
- Pedido de reunião à Câmara Municipal do Seixal:**
 - Apresentação projeto de intervenção à CM Seixal
 - Sensibilização de articulação parcerias com CM para garantir respostas ajustadas aos problemas encontrados, gerando sinergias e riscos para que cada idoso esteja na sua casa em segurança

Sessões educação para a saúde **Comunicação em saúde** **Parceria institucional**

21

Preparação operacional

Criação de um plano de sessão

Objetivo Geral: Capacitar as pessoas idosas a adotar medidas e comportamentos que reduzam o risco de queda

População alvo: Pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, com avaliação médio e alto risco de queda (escala de Morse) e seus cuidadores

Data: Janeiro 2020 **Duração da sessão:** 90 minutos **Formador:** Mariana Carneiro

Local: Domicílio dos participantes

Refinção da população alvo de intervenção:

- 85,7% das pessoas idosas com medição risco de queda - 10 idosas
- 1 duto
- 1 impossibilidade de intervir (doença)
- 2 já não residem sozinho
- 1 não está na área intervenção UCC

13 pessoas idosas a intervir

22

Preparação operacional

Das 13 pessoas idosas, 4 não têm cuidadores → **13 pessoas idosas e 9 cuidadores** → **Educação para a saúde aberta à comunidade de suporte à pessoa idosa**

Exemplo de Morse - Escala de Risco

Item	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. História de quedas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2. Alterações de marcha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
3. Alterações de equilíbrio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
4. Alterações de visão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5. Alterações de audição	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
6. Alterações de cognição	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
7. Alterações de estado emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
8. Alterações de estado físico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
9. Alterações de estado mental	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
10. Alterações de estado social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Cuidador
Pessoa que assiste na identificação, prevenção e tratamento da doença ou incapacidade e atende às necessidades de outra pessoa com dependência (ICH, 2019)

23

Intervenção

ETAPAS	CONTÉUDO	METODOLOGIA	RECURSOS	DURAÇÃO
Introdução	Apresentação de temas, objetivos e a participação; Avaliação diagnóstica de conhecimentos relativos à prevenção de quedas no domicílio (questionário)	Expositiva e interativa	Computador, projetor, internet, materiais, folhas, cadernos	10 minutos
Desenvolvimento	Definição de quedas e suas consequências; Epidemiologia das quedas; Fatores de risco das quedas; Medidas gerais de prevenção; Medidas de prevenção a aplicar no domicílio (em função dos riscos avaliados); Demonstração de atividades físicas adequadas à condição da pessoa idosa; Atualização caso de quedas demonstrando	Expositiva Participativa Demonstrativa	Computador, projetor, internet, materiais, folhas, cadernos, meios, materiais	20 minutos
Conclusão	Resumo das principais ideias e esclarecimento de dúvidas; Entrega do folheto "Prevenir quedas na pessoa idosa" e "Manual de prevenção de quedas de pessoas idosas"	Expositiva Participativa	Folheto e material	10 minutos
Avaliação	Avaliação do conhecimento adquirido pelos participantes (questionário)	Interrogatório	Folhas A4, canetas, lápis, cadernos	10 minutos

24

Intervenção

Manual de prevenção de quedas na pessoa idosa

Exemplo de dispositivo GPS

25

Intervenção

Reunião na Câmara Municipal do Seixal

- Sensibilização para articulação/ parceria com os principais focos:
 - respostas ajustadas às suas necessidades encontradas;
 - garantir que cada idoso permaneça em casa em segurança e com acompanhamento afetivo
- Disponibilizar um serviço contínuo de monitorização a pessoas idosas, através da disponibilização de uma solução integrada, de componente humana e tecnológica

SOLUÇÃO DE TELEASSISTÊNCIA, SOS E DETECÇÃO DE QUEDAS

Exemplo dispositivo GPS

26

Intervenção – parceria proposta

Sinalização de casos de idosos em risco, assegurado pelo trabalho de proximidade de rede de parceiros sinalizadores

Alarma de quedas;

Botão de pânico;

Serviço de teleassistência, com resposta de emergência;

Serviço de apoio emocional.

Exemplo de dispositivo GPS

27

Avaliação

Indicador de resultado	Cálculo indicador	Objetivo	Dados	Resultado
Taxa de participantes que respondem corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos antes da sessão EPS / Nº participantes que responderam corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos após a sessão EPS X 100	Nº participantes que responderam corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos antes da sessão EPS / Nº participantes que responderam corretamente às perguntas de avaliação dos conhecimentos após a sessão EPS X 100	50%	(11/11) x100	100% Atingido
Taxa de redução de fatores de risco de quedas	Nº fatores de risco reduzidos pelos participantes/ Nº participantes na sessão de EPS X 100	50%	(6/11) x100	54,5% Atingido
Taxa de participantes que consideram a sessão EPS útil para a prevenção de quedas	Nº participantes que consideram a sessão EPS útil para a prevenção de quedas/ Nº participantes que avaliaram a sessão de EPS X 100	75%	(11/11)	100% Atingido
Taxa de participantes que avaliam positivamente a sessão de EPS	Nº participantes que avaliam positivamente a sessão de EPS/ Nº participantes que avaliaram a sessão de EPS X 100	75%	(11/11)	100% Atingido
Indicador de atividade	Cálculo indicador	Objetivo	Dados	Resultado
Taxa de participantes na sessão EPS (indicador de adesão)	Nº participantes na sessão EPS/ Nº participantes elegíveis para a sessão EPS X 100	75%	(11/11) x 100	100% Atingido
Taxa de realização de atividades	Número de atividades realizadas/ Número de atividades previstas x 100	100%	(11/11) x 100	100% Atingido

28

Conclusão

Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável

Exemplo de dispositivo GPS

Exemplo de dispositivo GPS

Exemplo de dispositivo GPS

29

Sugestões

- Englobar idosos que residem em quarto casal (+25)
- Modernização da ferramenta científica para resposta às necessidades atuais
- Identificação do tipo de família e tipo de habitação no processo familiar no atetico

30

APÊNDICE XXIV: Protocolo de revisão scoping

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Objetivo: Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública que visam apoiar a gestão da doença crónica da pessoa com Diabetes Mellitus, em contextos individuais, familiares ou comunitários.

Questão de investigação: Quais são as intervenções realizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública no apoio à gestão da doença crónica da pessoa com Diabetes Mellitus?

População: Pessoas com Diabetes Mellitus.

Conceito: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública que visam apoiar a gestão da doença crónica.

Contexto: Cuidados de saúde primários ou comunitários, incluindo contextos individuais, familiares e comunitários

Metodologia de pesquisa:

Base de dados: EBSCOhost (CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MedicLatina e Cochrane Clinical Answers).

Descritores: diabetes mellitus, disease management/ self-management/ health promotion e intervention/ strategies.

Critérios de Inclusão e Exclusão:

Foram definidos como critérios de inclusão:

- Artigos publicados em português, inglês ou espanhol;
- Artigos com acesso ao texto completo;
- Artigos que envolvam adultos com diabetes mellitus (DM1 e/ou DM2), independentemente do sexo ou comorbilidades;
- Artigos que descrevam, analisem ou avaliem intervenções realizadas por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, ou

enfermeiros com funções equivalentes (consoante o país), no âmbito da gestão da doença crónica;

- Artigos desenvolvidos em contextos de cuidados de saúde primários, comunidade ou domicílio;
- Artigos publicados nos últimos 10 anos.

Como critérios de exclusão:

- Artigos cujos participantes se encontrem em idade pediátrica;
- Artigos cujo título não contém os descritores selecionados;
- Artigos que após a leitura integral do *abstract* e/ou do texto não respondem à questão de investigação.

APÊNDICE XXV: Cronograma de atividades

Cronograma de Atividades

Ano Meses	2024								2025
	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.
Atividades									
Revisão da literatura									
Orientação Acadêmica									
Reunião equipas para discussão da temática do projeto de intervenção									
Definição do tema do projeto de estágio									
Identificação da população alvo									
Seleção da amostra									
Seleção e construção dos instrumentos de colheitas de dados									
Reunião com equipas USP e UCC									
Validação final do instrumento colheita dados com painel de peritos									
Pedido de parecer da CE da ULSAS									
Colheita de dados									
Tratamento estatístico e análise dos dados									
Diagnóstico de situação									
Estabelecimento de prioridades									
Fixação de objetivos de intervenção									
Seleção de estratégias de intervenção									
Mobilização de Recursos									
Programação e Preparação de Atividades									
Desenvolvimento de Atividades/Intervenções									
Avaliação									

APÊNDICE XXVI: Grelha apoio à avaliação - preenchida

Participantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Avaliação											
Diminuição/ eliminação de obstáculos no domicílio	X	X									
Melhoria da gestão da medicação (preparação adequada)	X					X					X
Início da prática de exercício físico regular		X									
Melhoria da acessibilidade ao telemóvel (utilização de bolsa)	X										
Utilização de calçado adequado					X						X
Instalação de barras de apoio na casa de banho											
Vigilância visão e/ou audição											
Manutenção dos meios auxiliares à mobilidade (											
Melhoria da iluminação									X		
Aquisição de dispositivo sensor de queda, teleassistência e SOS									X		
Questão aos participantes											
Ocorrência de queda desde a sessão de educação para a saúde (S – Sim; N – Não)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Refere consulta da informação contida dos materiais didáticos fornecidos na sessão de educação para a saúde (S – Sim; N – Não)	S	S	N	S	S	S	N	S	S	S	S
Refere intenção de aplicar as informações contidas nos materiais didáticos (S – Sim; N – Não)	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S

APÊNDICE XXVII: Plano de competências

PLANO DE COMPETÊNCIAS

O presente Plano de Competências projeta um planeamento de atividades que objetivam o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCSP, no período preconizado para o decorrer na Unidade Curricular Estágio.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
A. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL ÉTICA E LEGAL		• Integro a equipa multidisciplinar da USP Almada /Seixal e UCC Seixal, promovendo um ambiente de trabalho coeso; • Promovo e asseguro o respeito pelos direitos das pessoas, grupos e comunidades alvo de cuidados, respeitando a autonomia e os valores pessoais de cada um; • Realizo diagnóstico de situação garantindo a confidencialidade e anonimato da população alvo, em conformidade com as normas e procedimentos éticos, salvaguardando o respeito pelos participantes envolvidos;	x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional A.2. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais	deontológicos e jurídicos que fundamentam a profissão de enfermagem	- Demonstro autonomia e iniciativa, participando no processo de tomada de decisão clínica norteada pelos princípios éticos, com vista a alcançar as melhores práticas; - Exerço funções com base na defesa da liberdade e da dignidade humana, salvaguardando o respeito pelos direitos humanos: princípio da autonomia, princípio da beneficência, princípio da não maleficência e bem comum; direito ao consentimento livre e esclarecido e ao direito ao sigilo profissional; - Elaboro o documento de Consentimento Informado livre e esclarecido, para entrega aos participantes com intuito de decisão da aceitação da participação na colheita de dados, no âmbito do Diagnóstico de Situação; - Tenho em consideração a Declaração de Helsínquia e o Regulamento Geral de Proteção de Dados para a realização de propostas de trabalho científico; - Tenho em consideração a Declaração de Helsínquia e o Regulamento Geral de Proteção de Dados na elaboração e implementação de Projetos de Intervenção na Comunidade;	x	x	x	x	x	x	x	x
						x				
						x				
			x	x	x	x	x	x	x	x

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		Reconheço práticas de risco nos cuidados à pessoa/grupo/comunidade aplicando medidas preventivas e garantindo práticas seguras.		X	X	X	X	X	X	X
B - DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE B.1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas institucionais na área da governação clínica;	a) Contribuir para a operacionalização dos projetos institucionais existentes na USP Almada/ Seixal e UCC Seixal;	Conheço as normas de procedimentos, protocolos e projetos desenvolvidos na USP e na UCC;	X	X	X	X	X	X	X	X
		Conheço as normas de atuação e protocolos na área do diagnóstico, tratamento, rastreio e prevenção da tuberculose;	X	X						
		Participo nas reuniões da equipa multidisciplinar e dos parceiros;	X	X	X	X	X	X	X	X
		Elaboro um Projeto de Intervenção na Comunidade, com intervenções baseadas e adequadas às necessidades das pessoas/grupos/comunidades da área geográfica com base em evidência científica;	X	X	X	X	X	X	X	X
		Colaboro com a equipa da USP Almada/Seixal e UCC Seixal na avaliação da operacionalização e dos resultados dos vários projetos institucionais, com vista à consecução dos indicadores de desempenho e melhoria do Índice Global de desempenho das unidades.	X	X	X	X	X	X	X	X

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
B.2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;	b) Cooperar na melhoria contínua das práticas, integrando evidência científica sustentada;	- Participo em momentos de discussão da equipa de enfermagem com vista à otimização dos registos de enfermagem; - Participo no grupo de trabalho na USP, com vista à elaboração de um procedimento de consulta de enfermagem associada à vacinação pré e pós exposição M-POX; - Elaboro um procedimento de consulta de enfermagem pós exposição M-POX; - Colaboro no desenvolvimento de evidência de suporte a iniciativas estratégicas da UCC, nomeadamente compilação de dados referentes à população da área de abrangência, com foco na caracterização da população migrante; - Otimizo as oportunidades de aprendizagem com a equipa de EEESCSP, para aquisição de competências;	X	X	X					
				X						
B.3. Garante um ambiente terapêutico e seguro			X							
				X						
	c) Garantir um ambiente terapêutico centrado na pessoa/grupos/co	- Promovo, no âmbito do exercício das funções, um ambiente seguro ao nível da gestão do risco, nomeadamente na prevenção de incidentes relacionados com a prática clínica; - Presto cuidados de enfermagem à pessoa/grupos e comunidades, integrando a equipa de cuidados continuados	X	X	X	X	X	X	X	X
				X	X			X	X	X

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
	munidades com gestão do risco adequada aos diferentes contextos da prática	integrados do Seixal (ECCI) a utentes com perda de funcionalidade num contexto domiciliário.								
C. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS										
C.1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;	a) Desenvolver competências de gestão e coordenação de cuidados de enfermagem;	• Reconheço os recursos existentes na USP e UCC para adequar o planeamento das intervenções; • Colaboro com a equipa na gestão de recursos e articulação interdisciplinar e parceiros; • Lidero a implementação do projeto de estágio tendo por base uma análise às forças, fraquezas, oportunidades e ameaças ao mesmo; • Lidero a implementação de um projeto de estágio, envolvendo os elementos da equipa multidisciplinar na USP e UCC numa perspetiva de obtenção de ganhos em saúde em ambos os contextos; • Realizo reuniões frequentes com os enfermeiros tutores para discussão do projeto de intervenção.	x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
				x	x	x	x	x	x	x
				x	x	x	x	x	x	x
C.2. Adapta a liderança e a gestão				x	x	x	x	x	x	x

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados										
D. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENT O DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS D.1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	a) Demonstrar autoconhecimento e assertividade nas relações profissionais, gerando respostas de adaptabilidade individual e organizacional;	• Alio o exercício profissional à prática de auto-reflexão, como forma de potenciar o autoconhecimento; • Reconheço lacunas e oportunidades de investigação na prática clínica especializada; • Realizo reuniões periódicas com o orientador pedagógico e clínico para analisar o percurso desenvolvido; • Utilizo os conhecimentos de técnicas de comunicação e a relação terapêutica durante o estágio; • Faço a gestão rigorosa dos tempos de estágio por forma a usufruir de atividades promotoras do desenvolvimento de competências de EEESCSP.	x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
			x	x	x	x	x	x	x	x
	D.2. Baseia a sua praxis clínica	b) Alicerçar o processo de				x				

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
especializada em evidência científica	tomada de decisão e a prática clínica em evidência científica	• Integro equipa organizadora do XII Encontro da UCC Seixal “Agir na Comunidade: Integração de Cuidados na ULS”; • Reconheço e identifico encontros, simpósios, congressos e/ou jornadas na área de especialidade com propósito de adquirir novos conhecimentos; • Reconheço e identifico encontros, simpósios, congressos e/ou jornadas na área de especialidade com propósito de dar visibilidade ao trabalho e projeto desenvolvido; • Procuro a melhor evidência científica através de pesquisa bibliográfica, que sustente a prática especializada; • Incorporo os conhecimentos transmitidos pelos diferentes profissionais que integram a equipa multiprofissional da USP Almada/ Seixal e UCC Seixal para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais; • Reconheço diferentes oportunidades para assimilação de novos conhecimentos e novas práticas, como a realização de procedimentos como seja a administração intradérmica de vacinas no âmbito do procedimento de vacinação pré exposição M-Pox.					X			
			X	X	X	X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
G.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	a) Desenvolver competências na avaliação do estado de saúde de uma comunidade, utilizando a metodologia do planeamento em saúde;	<u>Elaboro o Diagnóstico de Situação através das seguintes atividades:</u> • Consulto o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) da USP Almada Seixal para caracterizar a população inscrita em aspetos como a idade e índice de dependência; • Consulto do Perfil Local de Saúde Almada Seixal como instrumento de apoio à avaliação do estado de saúde e identificação de necessidades da população; • Reúno com a equipa de enfermagem da USP para análise de indicadores epidemiológicos, variáveis socioeconómicas e ambientais que determinam as áreas prioritárias para elaboração de um diagnóstico de situação;	x							
			x							
			x							

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		• Identifico a população alvo, sobre a qual vai incidir o diagnóstico de saúde; • Construo um instrumento de colheita de dados, um questionário, com intuito de avaliação multidimensional do idoso a residir só; • Reúno com equipa médica e coordenadora da USP para apresentação do projeto e discussão de ideias por forma a construir um projeto alinhado com as reais necessidades identificadas pela Unidade de Saúde Pública; • Reúno com a equipa de enfermagem e técnicas de saúde ambiental para discussão do instrumento de colheita de dados; • Integro os pareceres multidisciplinares na construção do instrumento de colheita de dados; • Apresento o ponto de situação do projeto às equipas USF CSI, UCC Seixal e USP Almada Seixal, numa reunião conjunta; • Contextualizo a atividade da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Seixal na área de abrangência do diagnóstico de situação do projeto considerado; • Realizo o pré teste ao instrumento de colheita de dados e	X							
				X						
				X						
				X						
				X	X					
				X						
				X	X					

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		avalio a adequabilidade do mesmo à população alvo; • Aplico o instrumento de colheita de dados; • Realizo o tratamento e análise dos resultados obtidos após a aplicação dos instrumentos de colheita de dados;				x				
						x				
						x	x			
		• Defino prioridades de intervenção perante as necessidades identificadas no diagnóstico de situação;					x			
		• Defino objetivos e metas de intervenção na comunidade;					x			
		• Preparo e planeio as atividades para intervenção comunitária;						x		
		• Executo as atividades preparadas e planeadas;							x	
		• Monitorizo processos e resultados através da análise de indicadores previamente estabelecidos; • Realizo reuniões de orientação ao longo do processo de planeamento em saúde; • Faço a análise contínua do projeto tendo em conta a consecução dos objetivos definidos.	x	x	x	x	x	x	x	x
							x	x	x	x

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
G.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	a) Promover a capacitação de grupos e comunidades, objetivando a consecução de projetos de saúde coletivos	• Participo em consultas de enfermagem no âmbito da consulta do viajante que integram uma componente de educação para a saúde estruturada na USP;	x	x		x	x	x		
		• Avalio em consulta de enfermagem potenciais situações de risco, que beneficiem de intervenção de enfermagem;	x	x		x	x	x		
		• Colaboro na articulação e/ou encaminhamento para outras entidades de apoio mediante a avaliação de situações de risco em consultas de enfermagem;	x	x		x	x	x		
		• Mobilizo conhecimentos de diferentes disciplinas e integro os mesmos em oportunidades de intervenção comunitária no âmbito da capacitação;	x	x	x	x	x	x	x	x
		• Colaboro no processo de capacitação de familiares e cuidadores informais dos utentes integrados na rede de cuidados continuados integrados;		x	x			x	x	x
		• Colaboro nos processos de intervenção comunitária em duas das comunidades com maior vulnerabilidade identificadas no concelho do Seixal: Quinta da Princesa e Bairro da Cucena;		x	x			x	x	x

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		- Realizo sessões de educação para a saúde no âmbito da saúde escolar, nomeadamente: 5 sessões a 5 grupos de crianças e jovens dos 4 aos 15 anos, agrupados por proximidade de faixas etárias. Sessões de “Primeiros socorros e suporte básico de vida”, utilizando método expositivo participativo e demonstrativo com recurso ainda a treino de técnica de SBV incluindo treino de PLS; - Colaboro na identificação de problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas na UCC; - Intervenho em comunidades com necessidades específicas nomeadamente com diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas; - Giro e disponibilizo a informação em saúde adequada às características da comunidade em causa nas várias intervenções comunitárias; - Acompanho a mobilização de parceiros/grupos na comunidade para resolução de problemas de saúde;			X			X	X	X
					X					
				X	X			X	X	X
				X	X			X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		Capacito a população de idade superior a 90 anos no âmbito do projeto de intervenção, tendo em conta os resultados encontrados no diagnóstico de situação.							X	X
G.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.	a) Colaborar com a equipa da USP Almada/ Seixal e UCC Seixal na coordenação de programas de saúde visando os objetivos do PNS através da prática de enfermagem especializada	- Colaboro na coordenação e operacionalização do Programa de Vigilância das Doenças Transmissíveis existente na USP; - Integro e desenvolvo o projeto de intervenção comunitária, com recurso a uma unidade móvel: “Saúde sobre rodas” no âmbito da Promoção da Saúde da população vulnerável residente em Bairros, ao longo do ciclo de vida; - Integro e desenvolvo o projeto de intervenção comunitária “Formar para Cuidar”, que visa o desenvolvimento e aquisição de novas competências, por parte dos profissionais de instituições comunitárias que cuidam de crianças/jovens e idosos na área do Seixal; - Consulto e analiso as orientações e normas de atuação, assim como protocolos instituídos na área do diagnóstico, tratamento, rastreio e prevenção da tuberculose no contexto do CDP Almada	X	X		X	X	X		
				X	X			X	X	X
								X	X	X
				X						

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		- Colaboro na implementação de estratégias de controlo e eliminação da tuberculose na vertente de atuação do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Almada, no âmbito do programa nacional para a Tuberculose; - Monitorizo os resultados obtidos em termos de controlo e eliminação da tuberculose na vertente de atuação da entidade parceira UCC através da estratégia de Toma Observada Direta (TOD); - Colaboro no projeto da “Linha 65” identificando, sinalizando e dando suporte em situações de vulnerabilidade do idoso; - Integro a equipa de saúde escolar, operacionalizando o programa nacional de saúde escolar através de: sessões de educação para a saúde e intervenção no projeto SNIPI-ELI Seixal - Programa Integrado de Intervenção Precoce do Seixal em crianças até à idade escolar que estejam em risco de atraso de desenvolvimento - Promovo a articulação e coordenação em rede com parceiros sempre que identifico necessidade;		X						
				X	X					
			X	X				X	X	X
			X	X				X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		Desenvolvo e operacionalizo um Projeto de Intervenção na Comunidade, tendo em conta os eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2030 e a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.		X	X	X	X	X	X	X
G.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico	Desenvolver competências no âmbito da vigilância epidemiológica da região Almada/Seixal	- Participo nas reuniões do observatório no âmbito da vigilância epidemiológica da USP, com objetivo de discussão da situação atual das doenças de notificação obrigatória; - Participo no processo de acompanhamento dos casos SINAVE reportados, incluindo acompanhamento telefónico para rastreamento de sintomas e despiste de outros dados considerados relevantes para o caso; - Integro a legislação aplicável na análise e seguimento em SINAVE, das notificações atribuídas ao enfermeiro especialista responsável. Colaboro na análise das mesmas, quanto à presença de critérios que possibilitem a classificação do caso.	X	X		X	X	X		
			X	X		X	X	X		
			X	X		X	X	X		
			X	X		X	X	X		

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES PREVISTAS PARA A SUA CONCRETIZAÇÃO	CRONOGRAMA							
			M A I	J U N	J U L	S E T	O U T	N O V	D E Z	J A N
		- Participo nas atividades desenvolvidas no âmbito do Programa de Vigilância das Doenças Transmissíveis da USP; - Colaboro nas colheitas de sangue para teste IGRA, colheitas de expetoração e prova de Mantoux no âmbito do rastreio e tratamento preventivo da tuberculose; - Participo no processo de preparação e fornecimento de terapêutica tuberculostática para fornecimento à pessoa com doença e participação na preparação e encaminhamento dos fármacos para serviços parceiros na TOD;		x						

