

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**de Enfermagem Comunitária**

Relatório de Estágio

**ISOLAMENTO SOCIAL**  
**Um Projeto de Intervenção**  
**de Enfermagem Comunitária**  
**nos(as) idosos(as) da USF Tejo**

Filipa Andreia Gomes dos Santos

Lisboa

2016



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização**  
**de Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**ISOLAMENTO SOCIAL**  
**Um Projeto de Intervenção**  
**de Enfermagem Comunitária**  
**nos(as) idosos(as) da USF Tejo**

Filipa Andreia Gomes dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*No man is an island.*  
John Donne

*Cuidar ao longo da vida (...) significa cuidar do percurso da vida, agir no desejo reflectido de manter uma existência em realização, do princípio ao fim.*  
Bernard Honoré

## **LISTA DE SIGLAS**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA – American Psychological Association

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

GNR – Guarda Nacional Republicana

GP – Governo de Portugal

INE – Instituto Nacional de Estatística

IESE – Instituto de Estudos Sociais e Económicos

LPSS – Liga Portuguesa de Profilaxia Social

LSNS - 6 – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSP – Polícia de Segurança Pública

SES – Sessões de Educação para a Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

## RESUMO

Em 2011, cerca de 400 mil idosos portugueses viviam sozinhos (INE, 2011). O envelhecimento demográfico é uma realidade em Portugal, constituindo-se como um fenómeno heterogéneo, que impõe novos desafios, como responder a uma problemática cada vez mais presente, como a do isolamento social. A população idosa representa 19% da população total portuguesa (INE, 2011). As pessoas idosas são, pela sua vulnerabilidade, um alvo de cuidados de saúde especializados. O(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem comunitária tem então um papel fundamental e privilegiado junto a esta população, através da interação e da consecução de objetivos conjuntos contribuindo para a promoção da qualidade de saúde.

Este projeto foi realizado na Unidade de Saúde Familiar (USF) Tejo, com a finalidade de diminuir o isolamento social na população idosa. Foi tido como referencial teórico Imogene King (King, 1971), que defende que através da interação, a pessoa conseguirá realizar uma “transação” que lhe permite atingir o estado de saúde. Foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1986) e para fazer o diagnóstico da situação foram utilizados como instrumentos de colheita de informação, a observação participante, entrevistas semi-estruturadas e escalas do isolamento social e da perceção do suporte social (Ribeiro, 2011; Ribeiro, 2012). De 30 pessoas idosas identificadas em isolamento social, foram 10 as que aceitaram participar neste projeto.

O aumento do risco de isolamento social associa-se a uma diminuição da rede social, que ocorre com a distância de familiares e amigos(as), devido a mobilidade geográfica, morte e/ou com impedimentos pessoais na manutenção de relações. As intervenções de enfermagem enquadraram-se no nível de prevenção primária, tendo-se recorrido a visitas domiciliárias, acompanhamento semanal nas consultas na USF Tejo e contactos telefónicos, e realizadas sessões de educação para a saúde (SES), em grupo e individuais.

Palavras-chave: idosos, isolamento social, solidão, enfermagem comunitária

## **ABSTRACT**

In 2011, about 400 thousand Portuguese elderly lived alone (INE, 2011). The demographic aging is a reality in Portugal, as a heterogeneous phenomenon that imposes new challenges, such as the answering of an increasing problem of today, social isolation. The elderly population represents 19% of the total Portuguese population (INE, 2011). Elderly are, because of their vulnerability, a major focus of specialized care. Therefore, the specialized nurses in community nursing have a key and privileged role for this population, through the interaction and achievement of common goals, promoting health quality in the elderly population.

The present project was developed in the "Tejo Familiar Health Unit" (USF Tejo) and it aimed at the decrease of the social isolation in their elderly population. Imogene King (King, 1971 and 1984) was used as the theoretical reference, in which states that, through the interaction the person will be able to achieve a "transation" that enables a state of health. For this project it was also used the Planning on Health Methodology (Imperatori & Giraldes, 1996) and the diagnosis of the situation was made through participant observation, semi directed interviews and scales of social isolation, as well as the perception of the social support (Ribeiro 2011; Ribeiro 2012). From 30 elderly people identified, 10 of them accepted to participate in this project.

Higher risk of social isolation is related to a decrease in the social network, which can occur with the distance of family members and friends, due to geographic mobility, death and/or also because of the individual barriers that may prevent the maintenance of relationships. The nursing intervention fell on primary intervention level, and it consisted of weekly house visiting, follow up in Tejo USF appointments, phone contacts, and programed Health Education Sessions, either individually or in group.

**Keywords:** elderly, social isolation, loneliness, community nurse

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas e todos que tiveram uma participação na minha vida durante estes tempos de mestranda, seja com contributo directo ou indirecto. Toda a vossa ajuda, entusiasmo e apoio esteve presente em mim e a vossa alegria fez-me continuar e por sua vez, contribuir para um bem maior do que nós mesmas(os).

Agradeço à senhora professora Maria Manuel Quintela que me orientou, sem a qual este trabalho não seria o mesmo.

Agradeço a toda a equipa da USF Tejo, com carinho por todas e por todos, em especial a enfermeira Fernanda Carneiro que me orientou no contexto clínico.

Agradeço ao Dr. João Marrana pelo seu cuidado com a população idosa e estímulo dado na realização inicial deste projeto.

Quero ainda prestar homenagem à D. Hermínia que despoletou, em mim, esta necessidade primordial de contribuir para a diminuição do isolamento social.

Um especial agradecimento ao Miguel que me fez receber o mundo do voluntariado de uma forma tão próxima e genuína.

O meu muito obrigada a todas as participantes deste projeto.

‘mbJ’ o teu amor faz-me sorrir, obrigada por sorrisos comigo também.

À minha família, agradeço toda a ajuda e compreensão durante estes árduos tempos e pela ternura que trazem à minha vida.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. O ISOLAMENTO SOCIAL: ALGUMAS PERSPECTIVAS .....	12
1.1. Fatores de Risco do Isolamento Social .....	13
1.2. O Isolamento Social e o Envelhecimento .....	15
1.3. O Isolamento Social e a Intervenção das(os) Enfermeiras(os) de Saúde Comunitária .....	16
1.4. Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos de Imogene King .....	18
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	20
2.1. Diagnóstico de Situação.....	20
2.1.1. Caracterização da Comunidade .....	21
2.1.2. Caracterização da USF Tejo.....	21
2.1.3. Caracterização da População-Alvo/Amostra .....	22
2.1.4. Métodos de Recolha de Dados.....	23
2.2. Diagnóstico de Situação: Apresentação e Análise dos Dados .....	25
2.2.1. Caracterização socio-demográfica das participantes .....	26
2.2.2. Caracterização do tipo de dependência das participantes .....	27
2.2.3. Caracterização das práticas de saúde das participantes .....	28
2.2.4. Caracterização das práticas do quotidiano das participantes.....	29
2.2.5. Estudos de Caso .....	31
2.2.6. Análise de conteúdo de Bardin.....	40
2.2.7. Identificação do(s) problema(s) .....	44
2.3. Definição de Prioridades .....	45
2.4. Fixação de Objetivos .....	46
2.5. Selecção de Estratégias.....	47
2.6. Preparação Operacional-Programação.....	48
2.7. Avaliação e Controlo .....	50
3. CONCLUSÕES .....	53
3.1. Limitações e constrangimentos .....	53
3.2. Reflexão sobre a prática da Enfermagem Comunitária .....	54
3.3. Considerações Finais .....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	57

## ÍNDICE DE GRÁFICOS, QUADROS e TABELAS

### GRÁFICOS

Gráfico I - Frequência de apoio .....	28
Gráfico II – Quem ajuda nos cuidados.....	28
Gráfico III – Sobre estar sozinha.....	30
Gráfico IV – Frequência de saída de casa.....	30
Gráfico V – Necessidades principais.....	30
Gráfico VI – Escala de Lubben (LSNS-6).....	31
Gráfico VII – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	31

### QUADROS

Quadro I – Análise de conteúdo segundo Bardin (2009).....	41
Quadro II – Conversão de problemas em diagnósticos de enfermagem CIPE.....	45
Quadro III – Determinação de prioridades segundo o Método de Hanlon (Tavares, 1990) .....	46
Quadro IV – Indicadores de Processo.....	50

### TABELAS

Tabela I – Caracterização sociodemográfica das participantes.....	26
Tabela II – Caracterização do tipo de dependência das participantes.....	27
Tabela III – Caracterização das práticas quotidianas das participantes.....	29

## **LISTA DE ANEXOS e APÊNDICES**

### **ANEXOS**

ANEXO I – Índice de Katz

ANEXO II – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

ANEXO III – Escala de Satisfação com o Suporte Social

### **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Cronograma de Atividades

APÊNDICE II – Guião de Entrevista Semi-Estruturada

APÊNDICE III – Consentimento Informado para a realização da entrevista semi-estruturada

APÊNDICE IV – Autorização pelos autores para utilizar as escalas LSNS-6 e ESSS

APÊNDICE V – Autorização pelo ACES e Comissão de Ética

APÊNDICE VI – Caracterização das pessoas idosas a viverem sós

APÊNDICE VII – Análise de Conteúdo segundo Bardin

APÊNDICE VIII – Problemas Identificados em linguagem CIPE

APÊNDICE IX – Especificação detalhada das atividades

APÊNDICE X – Sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE XI – Pósteres

## INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio surge no âmbito do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) no ano letivo de 2015/16, realizado entre Fevereiro de 2015 e Fevereiro de 2016, na Unidade de Saúde Familiar (USF) Tejo (ACES VI – Loures) no concelho de Loures e distrito de Lisboa, sobre o isolamento social na população idosa. Este teve como finalidade retratar o percurso realizado no desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é aquele que possui um conhecimento e compreensão sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e consegue responder adequadamente às necessidades de quem cuida (pessoa, grupos, comunidade), obtendo ganhos efetivos em saúde (OE, 2010).

O Instituto Nacional de Estatística (INE), pelos Censos de 2011, identificou aproximadamente 2 milhões de pessoas idosas (com 65 ou mais anos), ou seja, 19% da população total, e dessas, cerca de 400 mil, 19,8%, viviam sós, prevendo o seu aumento nos próximos anos (INE, 2011 e 2013). A Guarda Nacional Republicana (GNR), na operação “Censos Sénior 2015” identificou, durante um mês, 39216 idosos a viverem sozinhos e/ou isolados, mais 5253 idosos do que a operação no ano anterior (GNR, 2015 Maio). Desde 2011 que se tem constatado um aumento constante do número de idosos a viverem sós e/ou isolados, sendo que, a GNR, em 2011 sinalizou 15596 idosos, 23001 em 2012, 28197 em 2013 e 33963 em 2014, revelando assim um aumento de 13% de 2014 para 2015 (GNR, 2015 Abr e Maio).

Valtora *et al* (2016), num estudo científico publicado em Abril deste ano, declararam que o isolamento social pode prejudicar gravemente a saúde, aumentando o risco, em 30%, de doenças cardíacas ou acidente vascular cerebral (AVC). Em 2008, a Direção-Geral da Saúde (DGS) referiu que a promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes, a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas.

Tendo em conta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o isolamento social afeta a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida do ser humano (WHO, 2002, 2005, 2009, 2013), a intervenção das(os) enfermeiras(os) nos cuidados de saúde primários é fundamental, uma vez que são estas e estes que detêm um espaço e função privilegiadas junto das pessoas isoladas socialmente, através da avaliação e conhecimento dos efeitos negativos e fatores de risco do isolamento social (Nicholson; 2012).

A abordagem teórica de enfermagem escolhida foi a de Imogene King (1971 e 1984), uma vez que esta desenvolveu a sua teoria com base no ser humano, na sua interação consigo mesmo, com o meio ambiente e com os outros.

Como metodologia seguiu-se a do Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1986), que assenta numa análise multisetorial e integrada de uma comunidade, envolvendo vários níveis de planeamento; começando pelo diagnóstico da situação, seguindo-se a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação da execução e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986).

Neste documento, na introdução é realizada uma primeira abordagem ao tema do isolamento social, justificando a pertinência do seu estudo. Ao que se segue um capítulo sobre o tema, apresentando diferentes perspectivas sobre o conceito do isolamento social, os fatores de risco a ele associados, a sua influência no envelhecimento ativo, enquanto uma problemática de saúde e, particularmente, como alvo de cuidados de enfermagem. E aqui destaca-se a abordagem teórica de Imogene King (1971). No segundo capítulo é realizada a abordagem metodológica, de acordo com o Planeamento em Saúde de Imperatori & Giraldes (1986). Finalizando-se o relatório com a reflexão sobre as limitações e constrangimentos, as competências adquiridas e desenvolvidas na especialização em enfermagem comunitária e as considerações finais.

O presente trabalho encontra-se redigido de acordo com a norma *American Psychological Association* (APA).

## 1. O ISOLAMENTO SOCIAL: ALGUMAS PERSPETIVAS

O Isolamento Social é um conceito complexo, tendo sido estudado pelas ciências sociais, comportamentais, entre outras. Nesse sentido, e embora no contexto deste projeto seja central a perspetiva da Enfermagem, são abordadas outras perspetivas neste documento.

Havens *et al* (2004) numa perspetiva Médica e algo reducionista encaram o isolamento social como uma medida objetiva de contactos com outras pessoas, o que vai de encontro a uma perspetiva da Economia, pela falta da conectividade social (Zavaleta *et al*, 2014). La Veist *et al* (1997) e Berkman (2000), numa perspetiva da Saúde Pública, atribuem ao isolamento social, a falta de interação ou contacto com indivíduos dentro de uma rede social e a condição crónica stressante, ao qual o organismo responde, envelhecendo mais rapidamente. Numa perspetiva Sociológica, o isolamento social, além da falta de contacto ou de interação sustentável com indivíduos ou instituições que representam a sociedade dominante, ocorre naqueles que têm uma rede de suporte social extremamente limitada (Lubben & Gironde, em 2003).

Em algumas perspectivas da Psicologia, o isolamento social encontra-se intrinsecamente ligado à solidão, como a sua dimensão subjetiva, contendo duas características: o isolamento social e afectivo, e em que a solidão se relaciona com uma satisfação diminuída face à rede de relações sociais (Findlay & Cartwright, 2002; Peplau *et al*, 1980; Perlman & Peplau, 1979 e 1982). Cabral (2013) refere que a solidão está presente não apenas no isolamento físico ou social, visto que esta não é evitada ou diminuída pela co-residência ou presença de outros. Para este autor, a solidão surge em situações em que a pessoa se sente desamparada, privada de apoio e de companhia amiga, como é o caso da migração, exclusão e do envelhecimento. O Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP, 2012) aponta, como o indicador chave para o isolamento social, a capacidade para obter apoio se necessário.

Em algumas perspectivas de Enfermagem, o isolamento social começou por ser considerado um estado no qual o indivíduo experiencia uma

necessidade ou desejo de contacto com outros, mas não o realiza; sendo experienciado como algo involuntário e negativo que se traduz na falta de pertença e/ou de compromisso e na diminuição da quantidade e qualidade de contactos e/ou relações, como seja não conseguir confidenciar com alguém (Lien-Gieschen, Biordi, Fleury *et al* citadas por Nicholson, 2009). Nicholson (2009 e 2012) apresenta, numa perspetiva de Enfermagem, o isolamento social como um estado em que o indivíduo se sente excluído socialmente, se sente com falta de envolvimento com os outros, apresenta um número mínimo de contactos sociais e estes são insuficientes como relacionamentos gratificantes e de qualidade.

### **1.1. Fatores de Risco do Isolamento Social**

Para Morrison (1997), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais que fazem a diferença entre saúde e doença. Nesse sentido, para abordar o isolamento social é necessário ter em conta vários conceitos, como o suporte, o apoio e as redes sociais; e pode ser influenciado pelas diferenças linguísticas, cultura, etnia ou sistema religioso (Berkman *et al*, 2000; Lubkin e Larsen; 2006). Apesar da diversidade da terminologia existente na literatura face a esses conceitos, opta-se por apresentar noções de dois autores, Paúl e Berkman, uma vez que são autores de referência nesta área.

Para Paúl (2005), a rede social é concebida em três vertentes: a integração social (frequência de contactos com os outros), o apoio recebido (quantidade de ajuda efetivamente disponibilizada pelos elementos da rede) e o apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade). Para Berkman *et al* (2000), as redes sociais dizem respeito às redes de relações sociais e ao comportamento social e interpessoal que envolvem o indivíduo e as características desses laços, incorporando quatro níveis de impacto na sua estrutura e função:

a) A provisão de suporte social, a qual por sua vez apresenta quatro dimensões: a emocional, pela “quantidade” de amor, carinho, simpatia, compreensão, valorização e estima disponível de outros, como é o caso de um(a) confidente ou pessoa íntima; a instrumental, relacionando-se com a

ajuda, assistência ou suporte nas necessidades da vida prática, como as compras da mercearia, ir a consultas, telefonar, limpar, pagar as contas e outras assistências de géneros, dinheiro ou trabalho; a de valorização, para ajudar na tomada de decisão e na sua concretização e o *feedback* apropriado; e o informativo, que se direciona para o conselho ou informação sobre necessidades particulares.

b) A influência social, que se refere à influência entre uma ou mais pessoas, que podem ou não conhecer-se, mas cujos comportamentos ou atitudes irão ter um impacto no outro.

c) A conectividade e conexão social, sendo que a primeira é a propriedade ou capacidade de conexão e a segunda refere-se à ligação/vínculo entre pessoas. Estas referem-se ainda ao tamanho da rede social, aos papéis sociais significativos, oportunidades de companheirismo e sociabilidade, e ainda um sentido de valor e pertença. Esta ideia é reforçada pelo CEPCEP (2012), que refere que a satisfação na vida e a felicidade estão positivamente correlacionadas com a participação social, destacando-se os contactos sociais regulares.

d) O acesso a recursos humanos e materiais, pois o suporte social pode conceder ou restringir oportunidades.

Estas dimensões do isolamento social já induzem a alguns fatores de risco, os quais, segundo Nicholson (2012), podem ser distintos em diferentes categorias:

1. Físicas: excesso de peso associado a pobre imagem corporal e/ou a elevado número de problemas de saúde; doenças crónicas/problemas de saúde/saúde deteriorada; diminuição ou perda de algum dos sentidos, como a visão ou a audição; mobilidade alterada, incontinência urinária; alterações no sono, como a insónia; ingestão excessiva de bebidas alcoólicas ou alcoolismo; tabagismo, declínio funcional e cognitivo; dificuldade nas atividades de vida diárias.

2. Psicológicas: satisfação baixa com a vida; depressão ou outros problemas de humor; distúrbio da personalidade; declínio cognitivo e relação direta com interação social e/ou qualidade da rede social; *stress*; demência.

3. Económicas: reforma, diminuição nas redes sociais e nos contactos sociais; dificuldades financeiras, baixo rendimento económico (salário e *status* socio-económico).

4. Mudanças familiares e/ou laborais: perdas e mortes de amigos ou familiares; perda do parceiro.

5. Ambientais: ambientes pouco seguros; níveis elevados de vandalismo; problemas com a vizinhança; viver sozinho(a); viver sozinho(a) por períodos cada vez maiores; não ser casado(a) ou estar divorciado(a); envelhecimento/idade mais avançada; nível de educação; relações sociais negativas; distância grande dos familiares; transportes/deslocação/mobilidade.

6. Outros: poucos(as) amigos(as) e/ou familiares; não ter filhos(as); medo de ser atacado(a); timidez; historial de institucionalização; historial de admissão em Psiquiatria.

## **1.2. O Isolamento Social e o Envelhecimento**

O isolamento social influencia a morbilidade, a mortalidade, a longevidade e a esperança de vida por contribuir para o envelhecimento do organismo (Berkman *et al*, 2000). O envelhecimento da população é hoje um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas (EC, 2012; GP, 2012, INE, 2013; Wu *et al*, 2010). Nesse contexto, a OMS (2002) introduziu o conceito de envelhecimento ativo, no sentido de promover um envelhecimento mais saudável. Nesta perspetiva, é integrado num modelo multidimensional, que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, envolvendo questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados em sociedades seguras, que lhes permita o desenvolvimento do seu potencial para a promoção do seu próprio bem-estar e qualidade de vida (Ribeiro e Paúl, 2011; WHO, 2002). A DGS (2008), no seu plano de ação, incluiu a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. O INE define os idosos como as pessoas com ou mais 65 anos (INE, 2011).

Em Portugal, em 2011, cerca de 400 mil idosos viviam sozinhos (INE, 2011). O CEPCEP, em 2012, refere que os idosos se interessam pela interação social, apesar da idade avançada ser um fator de risco de isolamento social, o

qual pode comprometer o envelhecimento ativo (CEPCEP, 2012; Nicholson, 2012; WHO, 2012).

A Câmara Municipal de Loures (2011) e o Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE, 2012) afirmam que o isolamento social é uma preocupação, principalmente na população idosa, o que se manifesta na Resolução da Assembleia da República n.º 61/2012. Como ação local, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML, 2014) realizou uma identificação de todos os idosos isolados em Lisboa, perfazendo um número de 4466 idosos, maioritariamente do sexo feminino. Como ação nacional, a “Operação Censos Sénior 2015”, através da GNR identificou 23996 idosos a viverem sozinhos, 5205 isolados, 3288 sozinhos e isolados e 6727 em situação de maior vulnerabilidade, devido a limitações físicas e/ou psicológicas (GNR, 2015 Abr e Maio). Se por um lado, a DGS (2004) refere que os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida e, de entre estes, os homens surgem em posição mais desvantajosa. Por outro lado, a OMS (2002 e 2014) refere que são as mulheres idosas que vivem sozinhas, as que têm maior vulnerabilidade ao isolamento social.

O envelhecimento saudável e ativo acresce como desafio à sociedade em geral e diz respeito a múltiplos sectores, como a saúde e em particular os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias e intervenções, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas sentidas pelas pessoas idosas isoladas (DGS, 2004; EuroHealthNet, 2012).

### **1.3. O Isolamento Social e a Intervenção das(os) Enfermeiras(os) de Saúde Comunitária**

O isolamento social é uma ameaça à saúde (WHO, 2009), pois está associado a um declínio no bem-estar físico e mental, infelicidade, saúde precária, doença e menor esperança de vida (WHO, 2002; 2005; 2012; 2013), pode causar desnutrição, declínio do funcionamento cognitivo e patologias mentais (WHO, 2002 e 2005); aumenta o risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, complicações na gravidez e parto, abuso de substâncias, depressão e suicídio (WHO, 2002, 2005, 2012, 2013 e 2014).

Valtora *et al* (2016) revelam que o isolamento social está associado a um risco acrescido de 29% de um problema cardíaco e de 32% de um AVC. O isolamento social pode ainda evitar a adesão a um tratamento de saúde ou induzir um comportamento de risco, como má alimentação, consumo de álcool, tabagismo e fraca ou inexistente atividade física (Berkman *et al*, 2000; Nicholson, 2012; WHO, 2002, 2005, 2009, 2013; Valtora *et al*, 2016).

O isolamento social é um modelo de desconexão humana, que pode ocorrer na comunidade, na organização laboral, lúdica, cultural, nas pessoas significativas e na própria pessoa (Lubkin e Larsen; 2006) e está também associado às alterações nos modelos familiares (Fialho, 2013). A OMS e o Ministério da Saúde (MS) defendem a necessidade de combater o isolamento social através da implementação e realização de práticas nacionais e internacionais (CEPCEP, 2012; LPPS, 2008; WHO, 2007 e 2014), reforçando a relevância dos cuidados de saúde primários na prevenção do mesmo na população idosa (CEPCEP, 2012; Duarte, 2010; Dury, 2014; Lubkin & Larsen; 2006; WHO, 2002, 2005, 2008). Os centros de saúde são as principais unidades prestadoras de cuidados primários e a primeira linha de promoção e proteção da saúde (Crisp, 2014; Lopes, 2013) e a(o) enfermeira(o) dos cuidados de saúde primários desempenha um papel crucial na promoção da saúde e educação do indivíduo, família e comunidade (OE, 2003) e, especificamente, na prevenção do isolamento social no idoso (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; DGS, 2008).

A(o) enfermeira(o) de saúde comunitária é aquela/aquele que possui maior acesso às pessoas que estão isoladas socialmente, principalmente as que não saem de casa (Nicholson, 2012), podendo realizar uma avaliação dessas pessoas, identificar as suas necessidades e estabelecer planos de cuidados (EC, 2012; Nicholson, 2012). A(o) enfermeira(o) especialista em saúde comunitária pode atuar a nível da promoção de hábitos de vida saudáveis; e influenciar estados emocionais, como a auto-eficácia, a auto-estima, a depressão e o afeto, por forma a promover a saúde das pessoas em isolamento social, reduzir os seus efeitos negativos na saúde e na prevenção do isolamento social (Berkman *et al*, 2000; EC, 2012; Nicholson, 2012; Stanhope e Lancaster, 1999). Nesse sentido, é importante pensar em como as interações podem ajudar a diminuir ou evitar o isolamento social.

#### 1.4. Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos de Imogene King

Segundo a DGS (2004), a saúde pode ser considerada como o resultado das experiências em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebe. Para Imogene King (1984), a doença é produto do conflito nas interações. O referencial teórico em que se assenta este projeto é o de Imogene King, Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos, cujo ponto central é como a interação dos seres humanos com o seu meio ambiente e a sua capacidade em desempenhar papéis sociais conduzem a um estado de saúde (Killen & King, 2007; King, 1971 e 1984; Tomey & Alligood, 2004).

Imogene King (1981) apresenta como conceitos centrais: a percepção, que corresponde à realidade vista pelo indivíduo; a comunicação, sendo a troca de informação entre pessoas; a transação como as interações com o ambiente para atingir os objetivos definidos; os papéis, que são os comportamentos expectáveis; o *stress*, que ocorre na interação com o ambiente, por forma a manter o equilíbrio para ser, mudar e desenvolver-se; e o crescimento e desenvolvimento, que dizem respeito às mudanças ocorridas no indivíduo. Nesse sentido, é necessária a percepção para que ocorra transação entre enfermeira e pessoa idosa (King, 1981).

Imogene King (1984) baseia a sua teoria nas interações entre os seres humanos e o ambiente, o(a) enfermeiro(a) e a pessoa idosa, numa organização formada por três sistemas. São eles: o sistema pessoal (indivíduos), manifestado em crescimento, desenvolvimento, imagem corporal, tempo e espaço; o sistema interpessoal (díades, tríades, pequenos e grandes grupos), cujo centro é a interação e está diretamente ligada ao *stress*, papel, comunicação e transação; e o sistema social (família, escola, trabalho, organizações, sistema e serviços de saúde), em que o conceito de organização, autoridade, poder, tomada de decisão e *status* sobressaem. Estes sistemas sendo dinâmicos e interativos, percecionam o indivíduo como um sistema aberto, influenciando e influenciado pelo outro e pelo meio em que vive (Killen & King, 2007; King, 1984). Nesta teoria, os elementos mais importantes são os sistemas interpessoais, nos quais as pessoas se encontram numa

organização de saúde para ajudarem e ser ajudadas, a manter e/ou promover um estado de saúde, que permita o funcionamento dos seus papéis (Killen & King, 2007; King, 1984).

Nos pressupostos teórico-filosóficos de Imogene King, os idosos são pessoas com uma maior fragilidade, capazes de planejar o seu presente e o seu futuro, que reagem ao meio ambiente e social, e apresentam aspirações e expectativas face a si e aos outros, aos quais se encontram ligados por vínculos sanguíneos ou afectivos, e que constituem a sua família e círculo de amizade (King, 1971 e 1984). Para esta autora (1984), a enfermagem é um processo de ação, reação e interação entre enfermeira(o) e pessoa idosa, sendo que a intervenção da enfermagem se centra no estabelecimento de objetivos conjuntos, através da apreciação que a(o) enfermeira(o) faz das preocupações, problemas e perturbações da pessoa idosa, nas suas perceções conjuntas de saúde e sobre a situação em causa, e na partilha e confirmação da informação. Tanto enfermeira(o) como pessoa idosa são influenciadas pela perceção que uma tem da outra e pela comunicação estabelecida entre elas. A identificação, a exploração e a viabilização de meios e estratégias, com concordância entre ambas as partes, para alcançar os objetivos delineados, devem estar presentes ao longo de todo o processo de enfermagem (King, 1984). A avaliação da evolução da pessoa idosa e as transações conseguidas devem surgir pelo alcance dos objetivos definidos, recorrendo à redefinição de objetivos, quando necessário (Killen & King, 2007; King, 1984; Tomey & Alligood, 2004). Imogene King (1984) acredita ainda que a prática de enfermagem é diferente da das outras profissões de saúde, devido ao que as enfermeiras fazem com e para os indivíduos.

## **2. PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Para Imperatori & Giraldes (1986) o Planeamento em Saúde é a utilização racional de recursos com vista a atingir os objetivos definidos, através da coordenação dos vários sectores socio-económicos e estabelecendo prioridades nos problemas de saúde, por forma a reduzi-los.

O planeamento em saúde, como processo contínuo e dinâmico, apresenta seis etapas consecutivas: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional-programação e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990).

Este projeto inicia-se com o diagnóstico de situação, o qual permitirá a avaliação das necessidades de saúde de uma comunidade.

### **2.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação, como a primeira etapa do planeamento em saúde, exige conhecer um estado de saúde (problema de saúde) entendido como deficiente pelo próprio, os profissionais de saúde ou a colectividade, e determinar a necessidade para o resolver (Tavares, 1990). Este diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1986).

Imperatori & Giraldes (1986) referem que a não existência de um diagnóstico explícito, como pode suceder nos centros de saúde, poderá levar à formulação de um diagnóstico baseado apenas nas “impressões” das equipas. Nesse sentido, pretende-se que o diagnóstico da situação de saúde sirva de justificação para as intervenções e padrão de comparação na fase da avaliação, pois permitirá medir as atividades realizadas (como é apresentado em cronograma no Apêndice I).

### 2.1.1. Caracterização da Comunidade

O Município de Loures contém uma população de 199 050 mil habitantes e uma área de cerca de 170 km<sup>2</sup>, em 18 freguesias, sete vilas e duas cidades. Moscavide e Portela, ambas com cerca de 1 Km<sup>2</sup>, são as freguesias mais pequenas do concelho e ambas com a maior densidade populacional (Câmara Municipal de Loures, 2011).

Verifica-se uma tendência para o envelhecimento da população, o escalão etário dos 0 aos 14 anos tende a reduzir-se, enquanto que a população idosa aumenta. Em 2009, por cada 100 jovens existiam 101 idosos, e por cada 100 indivíduos potencialmente activos, 22 eram jovens e 23 idosos (Câmara Municipal de Loures, 2011).

A diferença de números entre homens e mulheres residentes no concelho de Loures é mais significativa nas faixas etárias mais elevadas. Nas faixas etárias com 65 ou mais anos o número de mulheres distancia-se muito significativamente dos homens. O número de mulheres com mais de 75 anos era, em 2011, superior ao dos homens em todas as freguesias, referindo ainda que o valor do índice de envelhecimento das mulheres aumentou de 47 para 138 idosas por cada 100 jovens. Verifica-se assim que os grupos populacionais mais envelhecidos e a viver sós no concelho são compostos maioritariamente por mulheres (Câmara Municipal de Loures, 2011).

### 2.1.2. Caracterização da USF Tejo

A USF Tejo (ACES VI – Loures) encontra-se na Rua Adão Manuel Ramos Barata, pertencente à freguesia de Moscavide, concelho de Loures e distrito de Lisboa. A sua inauguração ocorreu em Dezembro de 2010, sendo que em Julho de 2012 adquiriu o estatuto de modelo B. Segundo o MS (s.d.), no modelo B, as equipas apresentam maior amadurecimento organizacional com uma prática efetiva do trabalho em equipa e um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente.

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 08h00 às 20h00. No presente, a USF Tejo tem cerca de 14 000 clientes inscritos, abrangendo as freguesias de Moscavide e Portela. A faixa etária mais

prevalente na USF Tejo caracteriza-se pela população idosa, maioritariamente, do sexo feminino.

A equipa é constituída por sete médicos, sete enfermeiros, cinco administrativas e três assistentes operacionais. Cada enfermeiro(a) trabalha com um(a) médico(a) de família e respetivas famílias e a sua intervenção específica poderá ser, a nível da saúde infantil, saúde materna e planeamento familiar, sala de tratamentos e administração de injetáveis, vacinação, diabetes *mellitus*/hipertensão arterial e visitas domiciliárias.

### 2.1.3. Caracterização da População-Alvo/Amostra

A população-alvo deste projeto é constituída pela população idosa em risco de isolamento social inscrita na USF Tejo. Foram tidos como critérios de inclusão as pessoas com 65 ou mais anos; que vivem sozinhas; das freguesias de Moscavide e Portela; identificadas em risco de isolamento social pelos peritos nos períodos de Maio e Junho de 2015 e que aceitassem participar livremente no projeto.

A amostra do tipo racional é uma amostra em função de um traço característico, que corresponda a critérios de inclusão definidos (Fortin, 2009), desta forma, foram identificados 30 utentes. Numa primeira fase foi realizada uma entrevista à equipa completa de médicos(as) e enfermeiros(as) (sete médicos e sete enfermeiros) da USF Tejo, tendo-se mostrado muito recetiva e participativa, expressando a relevância do tema na atualidade. Para tal, foi necessário conhecer a conceção de isolamento social destes profissionais. A noção de isolamento social dos(as) médicos e dos(as) enfermeiros(as) não diferiu, sendo o discurso comum relativo às pessoas idosas sós ou que realmente tivessem expresso verbalmente e não verbalmente algum sentimento de solidão. Através da colaboração com esta equipa de peritos (Benner, 2001), durante o mês de Maio e Junho de 2015, foi possível identificar trinta utentes em risco de isolamento social. Embora cada classe profissional tivesse sinalizado uma ou duas pessoas separadamente, todos concordavam e a maioria dos(as) utentes foi referenciada conjuntamente.

Nesta fase inicial, dos 30 identificados, foram 10 as utentes com quem se contactou, durante o estágio na USF Tejo como estudante do presente

mestrado, e se mostraram recetivas a colaborar no projeto. O contacto foi realizado presencialmente nos casos em que estavam na USF Tejo para consultas médicas e/ou de enfermagem e telefonicamente em outros, com a concordância da equipa, visto ser menos “agressivo” este contacto inicial para os(as) utentes do que a ida presencial ao seu domicílio, uma vez que, de acordo com a equipa, “são pessoas mais fechadas, com mais dificuldade a abrir a sua casa a pessoas que não conhecem”. Os e as utentes que não quiseram participar neste estudo, apresentaram-se na sua maioria desconfiados(as), com motivos de “não quero saber nada disso”, “não quero que me liguem”, “não quero falar, não é preciso”, “vou falar com a minha filha”; e ainda diziam: “não posso sair e não a conheço”. Foram quinze os(as) utentes que não atenderam as chamadas telefónicas feitas, duas utentes faleceram, uma foi para um lar, e duas foram viver com as filhas (deixaram de corresponder aos critérios descritos). Infelizmente, nenhum utente homem aceitou a falar com a aluna de mestrado, permanecendo assim uma amostra totalmente feminina.

#### 2.1.4. Métodos de Recolha de Dados

O suporte social e as suas redes influenciam o estado de saúde, podendo avaliar-se qualitativamente (tipos de apoios e tipo de intervenientes) e/ou quantitativamente (número de intervenientes e frequência dos contactos) (Berkman *et al*, 2000; Paúl, 2005). Isto significa que não é suficiente identificar o número de relações para determinar corretamente se as relações são positivas e benéficas ou negativas e prejudiciais e avaliar a sua influência no isolamento social. Assim, é necessário avaliar a qualidade das relações (Nicholson, 2012). Neste percurso, o contacto com as entidades de recursos comunitários locais; como centros de dia, paroquial, de reformados e de apoio domiciliário de solidariedade social, esquadra policial, em entrevistas com assistentes sociais, técnicas socio-animadoras e agentes policiais, constituiu um marco importante no processo de recolha de dados.

O diagnóstico de situação foi realizado através da observação direta intensiva (Lakatos & Marconi, 2003), com recurso à observação participante e entrevista semi-estruturada (Apêndice II). Foi ainda utilizado o Índice de Katz

(Anexo I), duas escalas aplicadas à população idosa, traduzidas para português, a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS – 6) (Anexo II) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Anexo III), e estudos de caso.

A observação direta intensiva é realizada através da observação e da entrevista (Lakatos & Marconi, 2003). A observação consiste na utilização dos sentidos para recolher dados, sendo que a observação participante ocorre quando o observador participa na vida e atividades do grupo que está a observar (Gil, 1989; Spradley, 1980). A entrevista, é uma forma de diálogo, em que uma pessoa obtém informação da outra (Gil, 1989; Lakatos & Marconi, 2003) semi-estruturada ou semi-dirigida, é a mais utilizada em estudos qualitativos, pois permite uma melhor compreensão de um fenómeno vivido pelos participantes, sem que haja pressão (Fortin, 2009; Lakatos & Marconi, 2003), o que vai de encontro ao pretendido e onde estão incluídas quatro dimensões: uma caracterização socio-demográfica; avaliação do nível de dependência através do Índice de Katz; práticas de saúde e práticas do quotidiano. Para aprofundar o conhecimento e a compreensão sobre o isolamento social realizaram-se dois estudos de caso (Bogdan e Biklen, 1994; Gil, 1989).

O trabalho de campo é a forma que a maioria dos investigadores qualitativos utiliza para recolher os seus dados, uma vez que implica estar com os sujeitos, junto ao seu território ou mesmo nas suas casas (Bogdan e Biklen, 1994). Nesse caso, a entrevista às participantes, que se realizou no mês de Outubro de 2015, no seu domicílio e na USF Tejo, constituiu a forma dominante da recolha de dados.

Com a entrevista pretendeu-se deixar as participantes à vontade e a falar livremente sobre os seus pontos de vista, a sua vida, com alguma flexibilidade, que permitisse, uma vez ou outra, uma resposta mais direcionada. Também a aplicação das escalas foi realizada na entrevista.

Juntamente com as entrevistas, foram realizadas notas de campo. As notas de campo poderão incluir descrição de retratos dos sujeitos, as conversas privadas, o espaço físico, atividades e as diferentes reflexões realizadas pela observadora (Bogdan e Biklen, 1994).

Para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade foi utilizada a Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS) na sua versão breve (LSNS-6), que Ribeiro *et al* traduziram e adaptaram em 2012. A versão abreviada permite uma avaliação rápida do isolamento social, através de três aspectos das redes sociais: o tamanho emocional, o tamanho tangível e o tamanho atual da rede social, associado aos membros familiares e amigos do indivíduo (Nicholson, 2012).

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) permite uma avaliação mais completa dos idosos em isolamento social ao medir a percepção de suporte social, na assunção que esta percepção é uma dimensão fundamental nos processos cognitivos e emocionais ligados ao bem-estar e à qualidade de vida (Ribeiro, 2011). Esta escala foi desenvolvida e aplicada por Pais-Ribeiro em 1999 e reeditada em 2011.

De modo a garantir a privacidade e a confidencialidade dos participantes, de acordo com o Código Deontológico (OE, 2009) que rege a profissão de enfermagem, foi pedido o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice III). Após a obtenção da autorização dos autores das escalas (Apêndice IV) deu-se início à recolha de informação com a aprovação e autorização pela direção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas e pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Apêndice V).

## **2.2. Diagnóstico de Situação: Apresentação e Análise dos Dados**

Para realizar o diagnóstico de situação foi necessário identificar as situações de isolamento social na população idosa da USF Tejo; caracterizar sociodemograficamente as participantes; caracterizar o seu tipo de dependência, as suas práticas de saúde, as suas práticas do quotidiano e identificar as necessidades sentidas pelas participantes.

### 2.2.1. Caracterização socio-demográfica das participantes

A caracterização socio-demográfica, das idosas participantes neste estudo, foi realizada através da entrevista semi-estruturada, cujos dados se apresentam resumidamente na Tabela I (e pormenorizadamente no Apêndice VI).

Tabela I – Caracterização sociodemográfica das participantes

		Frequência
Idade (anos)	65 a 69	1
	75 a 79	1
	80 a 84	1
	85+	7
Sexo	Feminino	10
Naturalidade	Vila Real	1
	Lisboa	3
	Faro	1
	Aveiro	2
	Guarda	1
Freguesia de Residência	Castelo Branco	2
	Moscavide	8
Estado Civil	Portela	2
	Divorciado(a)/Separado(a)	2
Escolaridade	Viúvo(a)	8
	Ensino Primário (até o 4ºano)	5
	Ensino Básico (até o 9ºano)	1
	Ensino Técnico/Profissional	3
Profissão anterior	Ensino Superior	1
	Profissões intelectuais e científicas	1
	Técnicas e profissionais de nível intermédio	1
	Pessoal administrativo e similares	1
	Pessoal dos serviços e vendedores	3
	Operárias) artificies e similares	2
Motivo da Aposentação	Trabalhadoras não qualificadas	2
	Invalidez	2
	Tempo de serviço	5
Fontes de rendimento	Outro(a pedido do marido)	3
	Pensão/reforma	7
	A cargo da família	2
O rendimento atual permite	Rendimento social	1
	Permite viver confortavelmente	3
	Dá para viver	4
Tipo de Habitação	Viver com o rendimento actual é difícil	3
	Apartamento	9
	Habitação social	1
	Com saneamento	10
	Com electricidade	10
	Com gás	10
	Com escadas	10
	Com elevador	2
Com rampa	2	

Como se pode ler na Tabela I, a população idosa foi totalmente feminina, com predominância acima dos 80 anos (mais de metade). A sua língua principal é o português, sendo que três são de Lisboa, uma do Sul do País e a maioria a norte de Lisboa. O último lugar de proveniência corresponde à sua naturalidade. À exceção de duas senhoras que residem na Portela, as restantes residem em Moscavide. Respeitante ao estado civil, todas foram casadas e a maioria é atualmente viúva.

Metade das participantes detém o ensino primário de escolaridade, três formaram-se pelo ensino profissional, uma ficou pelo ensino básico e uma chegou ao ensino superior. Encontram-se todas aposentadas, sendo que metade por tempo de serviço, duas por invalidez e três a pedido dos maridos, sendo que quatro das senhoras se reformaram antes dos 45 anos, inclusive e a que se reformou mais tarde, refere tê-lo feito aos 77 anos.

As suas profissões anteriores estavam relacionadas com vendas (três participantes), trabalhos não qualificados (duas), artifícios (duas), profissões científicas (uma), profissões técnicas (uma) e administrativas (uma). A sua principal fonte de rendimento atual vem da pensão/reforma (sete), ajudas de familiares (duas) e rendimento social (uma), sendo que quatro referem que “dá para viver”, e as restantes dividem-se equitativamente entre o é “difícil viver com esse rendimento” e o permite “viver confortavelmente”.

A maioria vive em apartamentos e apenas uma em habitação social, embora todas com saneamento, gás, eletricidade e água nas habitações, sendo que a nível de estrutura dos prédios, todas têm escadas, mas apenas duas participantes referem ter elevador e/ou rampa.

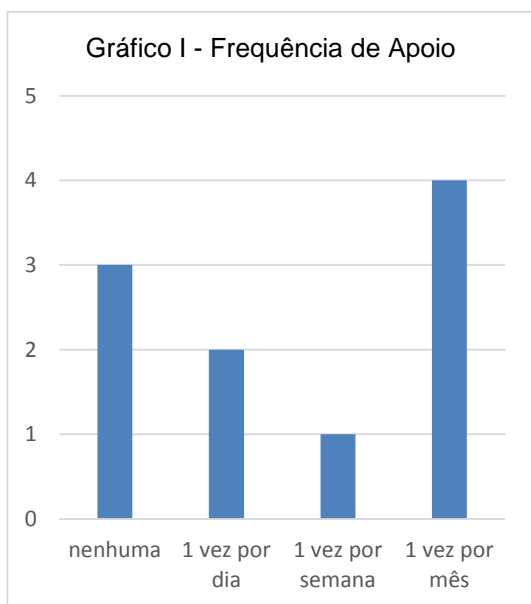
### 2.2.2. Caracterização do tipo de dependência das participantes

A caracterização do tipo de dependência das participantes apresenta-se resumidamente na Tabela II (e pormenorizadamente no Apêndice VI).

Tabela II – Caracterização do tipo de dependência das participantes

		Frequência
Mobilidade comprometida	Sim	8
	Não	2
Índice de Katz	Independente	7
	Parcialmente Dependente	3

De acordo com o Índice de Katz, sete das entrevistadas são independentes, sendo que as restantes apresentam uma dependência parcial. No entanto, pela observação participante, realizada nos domicílios e centro de saúde, oito apresentam mobilidade comprometida e quanto aos apoios que referem necessitar, sete referem a dificuldade em “fazer compras”, seis de “fazer os trabalhos domésticos”, quatro em “gerir o dinheiro”, quatro de “tratar de assuntos burocráticos”, duas referem “os cuidados pessoais”, também duas senhoras “os de alimentação” e duas “os de mobilidade”, havendo uma senhora que gostaria de “ajuda para ir passear”. Quanto à frequência de apoio (Gráfico I), quatro senhoras referem receber ajuda uma vez por mês, três que não recebem ajuda, duas uma vez por dia e uma refere receber uma vez por semana. Quanto a quem dá essa ajuda (Gráfico II), as participantes obtêm ajuda essencialmente da família, quatro referem os netos, três os filhos, três os vizinhos, três “ninguém”, uma refere ter também apoio da irmã, outro da empregada e outra da instituição social.



### 2.2.3. Caracterização das práticas de saúde das participantes

Quanto às práticas de saúde das participantes, a quase maioria das participantes recorre principalmente ao centro de saúde quando se sentem doentes, sendo que duas senhoras recorrem aos serviços hospitalares públicos. Quanto às doenças que mais as afetam: predominam as doenças osteoarticulares, alteração na acuidade visual e auditiva e situações

psicológicas e/ou psiquiátricas em tratamento. Menos de metade refere doenças vasculares, gástricas, urológicas/nefrológicas e de origem neoplásica e menos de duas referem doenças neurológicas, cardíacas, endócrinas, respiratórias e hematológicas. Estas doenças foram diagnosticadas pelo(a) médico(a) de família e médico(a) da especialidade, sendo que o seu tratamento consiste essencialmente na toma de medicamentos, embora duas senhoras referissem fazer fisioterapia. Quase metade das participantes toma entre quatro a seis medicamentos por dia, sendo que uma não toma nenhum e outra toma mais de dez. Quase metade das senhoras recorre uma a três vezes por ano a um serviço de saúde, sendo que as restantes recorrem mais vezes. A maioria das senhoras considera ser acompanhada regularmente por médico(a) e apenas três se referem ao acompanhamento de enfermagem.

#### 2.2.4. Caracterização das práticas do quotidiano das participantes

A Tabela III apresenta alguns dados sobre as práticas quotidianas das participantes do projeto (e em maior pormenor no Apêndice VI).

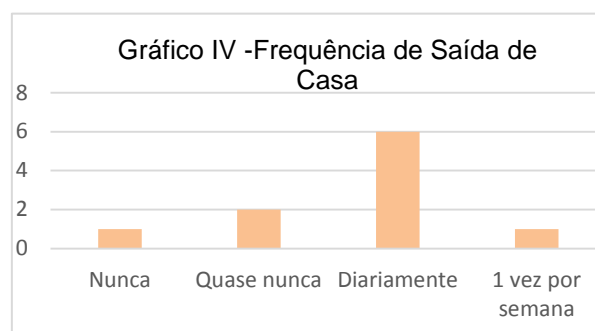
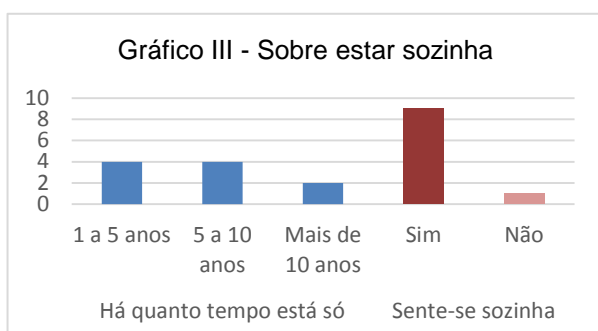
Tabela III – Caracterização das práticas quotidianas das participantes

		Frequência
Religião	Católica	10
	Ver televisão	7
	Ouvir rádio	3
	Trabalhos domésticos	5
	Passear	5
	Leitura	5
	Costura/Bricolage/Jardinagem	3
	Convívio	3
Formas de Ocupação do dia-a-dia	Igreja/Atividades religiosas	2
	Sempre sozinho(a)	3
	Centro de dia	1
	Lazeres culturais	2
	Apoio Voluntário	1
	Visita a coletividades	1
	Descansar	5
	Outras ocupações	2

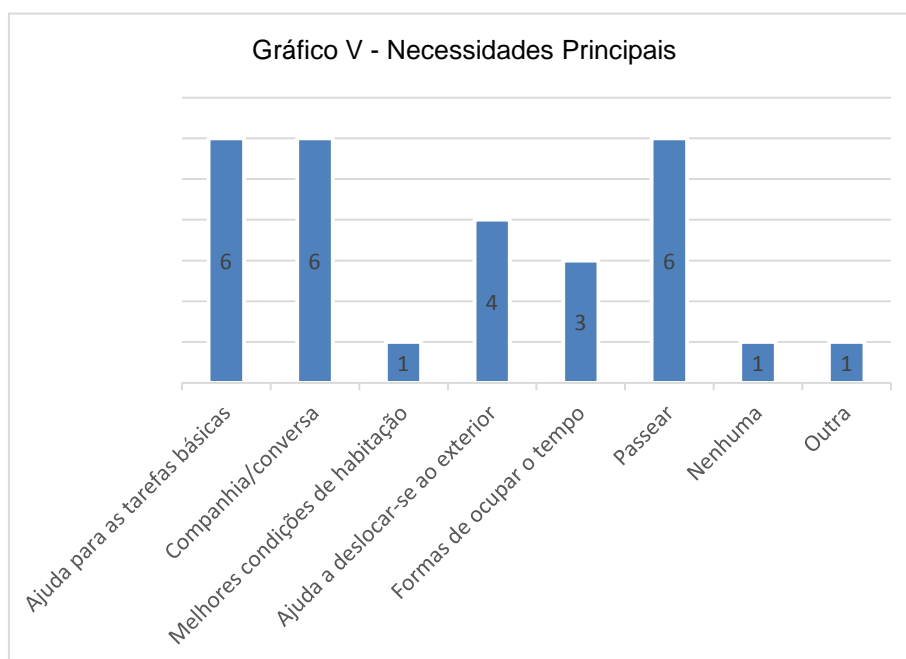
Como se pode analisar na Tabela III, a maioria (sete) ocupa o seu dia a "ver televisão", seguindo-se com cinco participantes que ficam a "descansar", a "fazer a lida da casa", a "passear" e a "ler". Outras três gostam de passar o tempo a "ouvir rádio", na "jardinagem" e "costura" e no "convívio". Todas as

participantes são católicas e duas ocupam o seu tempo em “atividades religiosas”, “lazer culturais” e “outras ocupações”. Apenas uma participante refere fazer “voluntariado” e “visita a colectividades”.

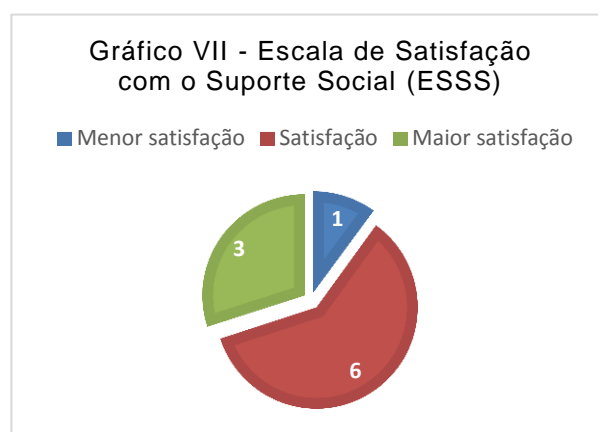
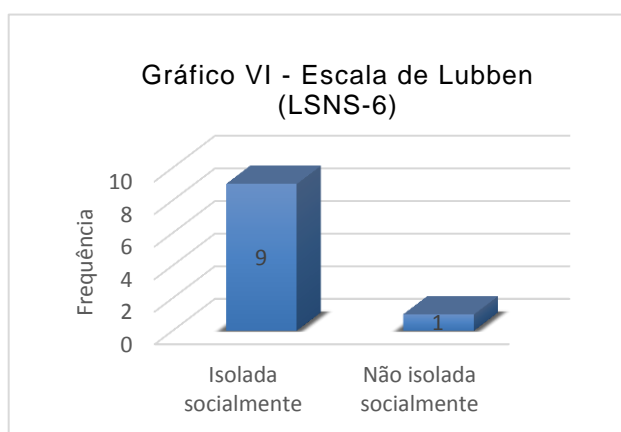
Face à questão de “estar a viver sozinha”, a maioria das senhoras vive sozinha há menos de 10 anos, sendo que todas, excepto uma, referem sentir-se sozinhas, apesar de mais de metade referir que sai diariamente à rua (Gráficos III e IV).



Tal como se pode ver o Gráfico V, as necessidades principais referidas pelas participantes são a “ajuda para as tarefas básicas”, a “companhia/conversa” e o “passear”. Quatro senhoras referem a “ajuda para se deslocarem ao exterior”. Três senhoras gostariam de “formas de ocupar o tempo”. Uma senhora refere “melhores condições de habitação”; outra senhora ainda refere “ter o meu marido de volta” e outra “nada que me possam oferecer”.



Relativamente aos dados das práticas sociais obtidas com as escalas de avaliação do isolamento social utilizadas neste projeto, ao aplicar a Escala Breve de Redes Sociais Lubben, constata-se a perceção de isolamento social em nove participantes, só uma não se percebe como isolada socialmente (Gráfico VI). E apesar do nível de satisfação com as redes sociais ser tendencialmente médio (mais de metade das senhoras), é de referir que uma não se sente satisfeita e que algumas participantes aceitam como “resignação” esta situação com as redes sociais (Gráfico VII).



### 2.2.5. Estudos de Caso

A maioria dos investigadores escolhe para seu primeiro projecto um estudo de caso, uma vez que este consiste no estudo profundo de um ou mais objetos, permitindo um conhecimento mais amplo e detalhado do(s) mesmo(s) (Bogdan e Biklen, 1994; Gil, 1989). Sendo que pelo tempo limitado do projeto, o estudo de caso será muito enriquecedor para mostrar a realidade de algumas das senhoras. Para tal, foi necessário uma recolha de dados mais próxima e directa, no terreno (Bogdan e Biklen, 1994), que permitiu aprofundar, para além das entrevistas e escalas utilizadas, através de uma compreensão mais alargada do fenómeno do isolamento social.

Os dois casos escolhidos refletem a singularidade de cada participante, mas também permitem aceder ao que a população idosa portuguesa vive. Os nomes utilizados das participantes são pseudónimos, de forma a preservar a confidencialidade.

Os estudos de casos foram realizados ao longo do estágio, desde o primeiro contacto, através das entrevistas, do acompanhamento das

participantes e da observação realizada durante as visitas domiciliárias e no centro de saúde. Foi graças à relação que se estabeleceu com as participantes, que se pode aqui relatar parte das suas histórias.

#### 2.2.5.1. A Senhora Ana

A Sr<sup>a</sup>. Ana mora num primeiro andar com dois lanços de escadas, onde o intercomunicador é unilateral. Está numa das ruas principais da freguesia por onde passam os autocarros. É um prédio envelhecido e as escadas são estreitas. Recebe-me de porta aberta, apoiando-se numa bengala. Do *hall* da entrada mostra-me a casa de banho que é em frente, uma sala e um quarto à esquerda e a cozinha e outro quarto pela direita do *hall*.

A Sr<sup>a</sup>. Ana tem 90 anos e está sozinha há 10 anos, desde que o seu marido morreu, “estou sozinha, o meu marido já morreu há alguns anos.” Tiveram um filho, mas morreu aos 26 anos. Tinha 34 anos quando o teve e deixou de trabalhar para cuidar dele. A sua tristeza é visível, mas também diz que tenta não se focar apenas nessa situação. É uma senhora que utiliza óculos e tenta compensar a diminuta audição através de um aparelho auditivo bilateral. Cuida da sua aparência “vem uma senhora a casa cortar e pintar as unhas, (...) há dias”.

Fala-me da sua vida atual “As pessoas da paróquia vêm cá e o padre também. Havia uma vizinha que vinha ajudar.” Às vezes desabafa “Não tenho cá ninguém...já me habituei a estar só”, mas a sua expressão facial mostra como fica triste com esta realidade. Permite-me aceder a que esteja no espaço a que chama de lar e onde permanece 24 horas sobre 24 horas, saindo muito esporadicamente, apenas, para consultas no hospital “quando tenho de ir ao hospital, o de Santa Maria, os bombeiros (*pausa*) é muito raro, levam-me em peso, eles é que me carregam (*pausa*) doutra forma não saio” Refere que a médica de família é que “vem cá a casa”.

Numa das visitas realizada, fala na família. Diz que dos sete irmãos, restam só três e que a irmã mais nova, que tem 85 anos é que a vai ajudando, bem como o genro desta irmã, “mas ela (irmã) também não consegue tudo e vivem no Cacém”. É com a irmã mais nova que fala, mais frequentemente, por telefone, “é ela, que é quase da minha idade, que me trata disso (contas que

estão em cima da mesa), mas ela só vem cá às vezes”. E repete “já me habituei a estar só”.

É o centro paroquial que traz o almoço e o jantar à Sr<sup>a</sup>. Ana, às 13h, “à noite é só uma sopa”. E transmite um estado de solidão “não tenho com quem falar”.

A Sr<sup>a</sup> Ana ao falar-me do seu passado, revela que fez o 3<sup>o</sup> ano do colégio, sabendo ler e escrever e foi auxiliar de enfermagem – sinto um certo orgulho na sua voz, também saudades de outros tempos e muita estima pelas enfermeiras(os). Mas quando se casou, o marido passou a sustentá-la e não quis que ela continuasse a trabalhar.

Falando do seu dia-a-dia, a Sr<sup>a</sup> Ana refere que se deita sem sono, pela 1h e acorda às 9h30. A vizinha traz o correio “quando há”, e lê-lhe o jornal “nem sempre”. Fala pouco com a vizinha “as pessoas não têm tempo”, mas os vizinhos vêm saber de si. Depois do pequeno-almoço, as ajudantes vêm ajudar na higiene corporal, mas nem sempre, pois há dias que se atrasam e a Sr<sup>a</sup>. Ana vai-se “lavando por partes” (e exemplifica junta do lavatório, que é da sua altura) e trazem o almoço e o jantar, “a comida não é como gosto, já não tem o mesmo gosto”. A senhora pára para referir que deixou de fazer renda, algo que gostava muito. Seguindo no seu dia a dia, arruma a cozinha, “às vezes também cozinho (...) grelho a carne lá para o fim-de-semana”. Numa ocasião posterior refere que a carne é a “mana que compra, ou o genro (da irmã)”. Pela tarde, come uns frutos secos “gosto mas não posso abusar, a minha boca já não é...” e vê o canal Odisseia na televisão. As leituras que tem por hábito e “paciência” são as da Bíblia, jornais e livros. – na sua sala tem muitos livros e na mesa mais perto da cadeira onde se sentou, vejo um jornal local. Volta à questão das refeições, “sou indisciplinada, só como quando tenho fome”. Senta-se na sala, a olhar para as fotografias que tem sobre o móvel, e a televisão. Aos Domingos, as catequistas vêm dar a hóstia.

São (as catequistas)... aceleradas, e eu gosto.. gosto... elas vêm cá. Gostava de poder andar para trás no tempo. Mais visitas cá em casa, uma visita sabe sempre bem!, eu já não quero sair de casa, já passei muito. Gostava de ir às compras, comida, roupa, mas os joelhos já não dão e de cadeira de rodas não vou! Tenho uma incontinência e não gosto de sair, estar em grupo com as pessoas., sem saber o que falar. Os amigos...foram.

Em visitas posteriores, a Sr<sup>a</sup>. Ana, embora mais emagrecida e cansada, apresenta-se a sorrir. Tem uma gatinha que lhe ofereceram, mas diz que está a cuidar por pouco tempo. Parece uma gatinha de poucos meses e meiga, que a senhora está contente que esteja com ela “faz companhia, mas salta, às vezes não a vejo”. Confessa que está cansada, porque foi começando a lavar-se antes da ajudante chegar, porque “a ajudante estava demorada”. Leva-me para a sala, pede para lhe medir a tensão arterial “sinto-me tonta, às vezes, estes comprimidos, são.. eu... obrigada, gosto de saber a minha tensão..já não sei, quanto”. A tensão apresenta-se tendencialmente baixa e a senhora toma atualmente três anti-hipertensores orais. É importante informar a sua médica de família, e assim que tal ocorre, um dos anti-hipertensores fica suspenso. Mais uma vez, o isolamento social pode atingir várias áreas humanas.

Um dos acontecimentos mais importantes na vida da senhora foi o seu filho e o falecimento deste. Nesse sentido, conta-me que o marido viajava pela Madeira e como o filho, que era mergulhador, morreu num acidente. Continua a falar de como foi um desastre numa curva em Coruche, “o carro virou e o meu filho morreu”. “ (...) o funeral foi em Coruche, o colega dele de mergulho da Marinha disse que devia ter sido ele, pois salvou-o uma vez durante uma operação de mergulho.” “O meu filho comprou um carro pequeno, em segunda mão. E foi assim.. levou o carro pequenino, até mudou os pneus.. nada valeu... o GNR tomou conta do carro, levou o copo para a morgue de Coruche.. as meninas da catequese perguntaram-me se não me importava que lhe rezasse o terço (*pausa*) foi muita gente ao funeral.”

Houve alturas em que a visita domiciliária se aproximou da hora do lanche e a senhora mais motivada para comer, quando teve companhia. A hora da refeição ou o simples acto de comer, mas em comunidade, faz a senhora parar para se recordar de algo que gostava, mas “(...) agora só eu”, acompanhado de um encolher de cabeça e que rapidamente se transforma em “quando alguém se interessa, ficamos com mais vontade”. É ainda nesse sentido que se mostra interessada na proposta da sua médica de família, da administração da vacina anti-gripal.

A equipa de enfermagem e a equipa médica, frequentemente abordam-me para saber da Sr<sup>a</sup>. Ana e mostram-se agradadas por esta senhora ter este acompanhamento, “É mais uma forma de manter a informação nos dois

sentidos”, utente e centro de saúde e com resultados positivos na perspetiva desta senhora “com a enfermeira a vir cá e nos telefonemas, estou menos sozinha”.

Em visitas posteriores, as “tonturas andam melhores”, mas o cansaço diz manter-se. Nestas visitas, a senhora leva-me à sala e sentamo-nos enquanto conversamos. Não vejo a gatinha e pergunto por ela, diz que foi uma prima que a levou e começa a falar da prima “éramos muito amigos do pai dela, ela foi mantendo o contacto”. Volta a referir-se à gatinha, dizendo que não tem condições e “ela saltava de um lado para o outro, quase que a pisei e outra vez ía caindo e não podia ter a janela aberta da cozinha, que ela podia saltar e saltava-me para a cama, o sofá, aquela prateleira – e mostrava-me uma prateleira elevada na sala – e a televisão.. era muito meiga mas – encolhe os ombros e dá por terminada esse assunto de conversa”. Pergunta-me sobre a sua médica e as enfermeiras e que está a precisar de uma injeção para a dor na perna. Noto que fica contente com estas visitas, mantendo um sorriso, sem pressa de falar comigo e simplesmente “pela companhia e de me sentir ainda parte (da sociedade)”. De volta à USF, a médica agenda uma visita domiciliária à Sr<sup>a</sup>. Ana.

Numa das visitas mais perto do final do ano, noto que continua com dificuldade na marcha, mas sempre sorridente, “gosto tanto que venha cá (*pausa*) continuo com dores, estou muito mal.. o Natal vai ser com a mana, vem do Cacém. Mas, ela tem as filhas, as netas.. já estou habituada a estar sozinha”. E fica com um semblante triste e lágrimas nos olhos.

já não tenho condições (para sair, para receber pessoas)...(*pausas*) os bombeiros é que me arrancam daí. Não saio.. e tenho problemas da incontidência, tenho que estar perto de uma casa de banho...E não...os meus nervos... já não (...) paciência.. as do centro vêm cá trazer o almoço e fica a sopa para o jantar, já não como tanto, não tenho.. não consigo.. os 90 anos pesam.. tenho posto coisas quentes na anca, é a dor ciática, os medicamentos já não fazem tanto..a injeção, mas agora...

Para a higiene, a senhora repete “vou lavando-me por partes e depois a ajudante há dias... em que é tudo”. Estamos sentadas em bancos na sala e a senhora recupera a sua respiração, mas recebe-me sempre com um sorriso. Diz ainda “obrigada por se lembrarem de mim, é uma tristeza estar sozinha” – essa frase fica-me no pensamento e reforça a vontade que se façam e

prolonguem os projetos de combate ao isolamento social e à solidão das pessoas idosas.

Numa das últimas visitas, confidencia que não consegue ir ver uma amiga “está num lar, e quem me leva lá? Os bombeiros custam muito, ir e depois para voltar...”. Começa a falar nas pessoas que conhecia e que não a conseguem ir ver, fala com tristeza e manifestando alguma resignação(?) “já ninguém quer saber, não me importo”. “O tempo passa (*fácies* triste) uns dias (pausa) outros ...”

#### 2.2.5.2. A Senhora Roberta

A Sr<sup>a</sup>. Roberta mora perto da estação dos caminhos de ferro, num primeiro andar com uma escada, onde a água da chuva entra. Foi num dia chuvoso que fui novamente falar com a senhora à sua casa. Quando se entra no prédio e se começa a subir, observam-se vasos com plantas, que a senhora cuida, mostrando o seu cuidado pela vivacidade das cores nas plantas. A Sr<sup>a</sup>. Roberta à primeira vista, é uma senhora que se veste de preto, pressupõe-se viúva, com alguma pressa no andar e no falar, parece ser religiosa pelo crucifixo que utiliza ao peito. Utiliza prótese auditiva em ambos os ouvidos e as suas orelhas têm brincos. A senhora tem 80 anos e refere que o seu marido faleceu há 30 anos. Teve uma filha e um filho, mas só se refere ao filho, que teve aos 19 anos, e que agora tem 56 anos. Este ficou paraplégico aos 36 anos por um acidente de helicóptero. Refere que “tudo o que tenho dou, não sou gananciosa (...) a minha filha é totalmente diferente”. É uma senhora religiosa, católica, diz ter “pressentimentos”, especificando o acidente do filho, que “foi dos momentos que mais marcou a minha vida”. Também a religião Católica tem uma grande parte na sua vida, referindo-se a Deus “está sempre do meu lado e é muito meu amigo”. Refere que é católica à sua maneira, indo à igreja sozinha e vê duas missas na televisão ao Domingo. Não gosta da igreja daqui porque “saem da igreja e já estão a falar da vida umas das outras”, nesse sentido “vou lá à tarde fazer uma oraçãozinha, esmolas à Nossa Senhora, quando não está ninguém”. Adora crianças, “são o melhor do mundo”.

É uma senhora que se mobiliza sozinha, sem ajuda ou limitações e costuma sair à rua de oito em oito dias, para os seus “afazeres fora de casa”.

Foi costureira e tem um jardim com horta. Vive num apartamento que também tem plantas na marquise e escadas, e vasos e plantas à janela, “E tenho outra casa nos Olivais”. Reformou-se aos 77 anos. Refere um grande mal na cabeça, que se esquece das datas, mas também “tenho uma depressão muito grande”. “Fico cansada com muitas pessoas”. Não tenho saúde”. O seu neto é outra pessoa por quem tem uma grande estima, tendo este sido um “filho que ajudei a criar”. Mora no seu apartamento há 60 anos e tem “sempre que fazer, tenho jeito para tudo, desenhar...”. Do seu marido diz que foi o “único homem que namorei, fugimos os dois juntos, ele era algarvio e eu nortenha... ainda tenho as suas unhas e urna. Ele é que mandava”, referindo que não sabe ler nem escrever. “Andei dois meses no lactário e aprendi a fazer as contas”. Vive da reforma do marido, que trabalhava na EDP. Reformou-se aos 45 anos por causa da anca.

Falando da sua família, a Sr<sup>a</sup>. Roberta refere que o seu pai tinha duas mulheres e que apesar dos 10 irmãos que tem, morreram dois, tem irmãos que desconhece “Era filhinha do papá” e tem uma expressão de saudosismo de grande carinho. “Passei muita fome, dava a sopa aos meus irmãos, mas hoje não me falta de comer e ainda dou mesada aos meus bisnetinhos”.

Fala-me do seu dia-a-dia. Levanta-se às 7h, toma o pequeno-almoço, depois lava-se na casa de banho, diz ter problemas de intestinos “colite nervosa”, faz “um supositório” e depois vai tratar das plantas. Faz a cama, limpa o pó, cozinha, liga a televisão, come, lava a loiça, rega as plantas, almoça (“cozinho porque tenho o colesterol alto”), vai para a máquina de costura, e depois trata de “coisas na casa”. Faz uma sopa de oito em oito dias, é uma sopa passada e come fruta, vê televisão antes de se deitar “a telenovela” e dorme bem com o lexotan. “Não tenho ninguém íntimo, não vou a casa de ninguém, tenho poucas amigas”. “Sinto que não tenho com quem falar”. Tem um casal de vizinhos mas diz não conversar muito com eles. Mas “tenho muitos netos adotivos (os vizinhos e seus filhos) ao pé de mim, e são uns queridos. Ando nervosa que não vejo umas das minhas “netinhas” há uns 15 dias”. Tem o hábito de passar a tarde das quintas-feiras com esses amigos que têm a “netinha” e “faço coisinhas para ela”. Refere um dia em que o neto a queria apresentar a um “senhor da terra”, mas ela “não quero falar com homens”. Nos dias em que sai de casa, vai a um dos supermercados, “compro

um gelado e ponho o gelado no pão”, “mostrei a um garoto na rua e ele disse, muito bem, vou dizer à minha mãe que quero o mesmo”. Foi grande a expressão de felicidade na face desta senhora ao contar este episódio.

Embora a Sr<sup>a</sup>. Roberta se mobilize bem, sem qualquer tipo de ajuda, num contacto seguinte, preferiu receber-me no seu lar, devido ao mau tempo de chuva e vento que se fazia sentir e porque insistiu para eu conhecer a sua casa. Quando cheguei, recebeu-me de sorriso amplo, atropelando as suas palavras, de tão entusiasmada que se encontrava. Primeiro levou-me da entrada para a marquise, onde estava a coser, com uma máquina de costura antiga, passando pelo *hall* e a cozinha. A marquise apresentava-se com vasos e plantas numa espécie de estendal, um periquito numa gaiola, a máquina de costura, móveis e bibelôs - toda a casa estava preenchida de móveis e bibelôs – Sentou-me numa cadeira, onde a almofada que lá estava “fui eu que a fiz, toda”. Começou por me falar do quão contente estava que ali estivesse, falou-me do seu dia: ida ao banco, ver a sua família “emprestada”, que era um casal novo, vizinhos, com uma criança e que se mudaram, mas que se dão muito bem e continua a estar com eles e ajudar com a “filha pequena”; falou-me dos seus novos vizinhos, que não gosta tanto como os anteriores. E justifica “não é por serem romenos, mas discutem muito, os filhos gostam de vir cá a casa, ler, ver as coisas, apesar de não acreditarem em Jesus – a senhora ao longo desta visita fala em Deus e Jesus frequentemente. A Sr<sup>a</sup> Roberta ainda me mostrou as restantes divisões na casa e todas as fotografias, mais de cinquenta, dizendo sempre o grau de parentesco de quem estava a mostrar e um pouco da sua relação com eles.

o meu neto lindo que ajudei a criar; o meu filho antes de ficar paraplégico; a minha filha quando nos dávamos bem; a minha irmã, que é atleta e está com um rapaz de cor; nesta fotografia estava numa corrida de seniores com ela (a irmã); este era o meu marido que já faleceu e que foi o único com quem namorei, eu tratava dos meus irmãos, era a mais velha, passei fome para lhe dar de comer, fui eu que os criei, a minha mãe só os teve, eu é que tratava deles, eu não queria nada com rapazes, mas ele mudou-se para a casa do tio, ao lado da nossa, meteu conversa com uma das minhas irmã para me conhecer, eu não queria nada, não queria ir brincar com ele, mas lá fui e um dia fugimos juntos.

A casa além da marquise, cozinha e *hall*, tem dois quartos e uma pequena sala. É no seu quarto que passa o tempo a ver televisão e a cuidar

dos vasos que tem à janela desse quarto e que dá para a rua que vai dar à estação. É muito “inventiva e dedico-me à costura e à jardinagem”, mostrando peças que fez à mão e com a sua máquina, uma arranjo de plantas e vasos para estarem sempre bem cuidados, mesmo com a chuva e acrescenta: “lá fora, tenho medo de cair, os passeios, mas saio”. Pela descrição que vai fazendo, apresenta uma relação conflituosa com a filha mais velha. Refere “tenho muita família” e sorri largamente, mas esmorece rematando com “não estão comigo”. “Eles têm a sua própria vida, mas eu sinto tanto a sua falta (...) sem a minha família, sinto-me só”

Um dia antes do Natal, a senhora foi ao centro de saúde. Tinha a consulta marcada para as 9h mas estava lá cedo, “gosto de me levantar cedo, cuidar das minhas plantas e chegar cedo ao posto. A minha médica atrasa muito as consultas, pode ser que me veja já, ainda quero ir às compras ver a Ritinha, está um dia tão bonito e as minhas plantas, estão tão bonitas, venha lá visitar-me, quando quiser, gosto tanto.” Falamos e entendo que a família mantém-se distante, mas a senhora vai falando com os vizinhos, os novos, “as crianças vão a casa, mas os pais delas não gostam, eles são estranhos, e aqueles filhos não sei da educação deles, mas o meu Jesus diz que são boas crianças e para as ter.. falo com eles, mostro o que estou a cozer, brincam na casa..não podem mexer em tudo, ter cuidado” e afirma “a missa, Sr<sup>a</sup> Enfermeira, vou lá, falo com o meu Jesus, falo sempre com o meu Jesus, ele ajuda-me tanto.. e a minha médica, a Sr<sup>a</sup> enfermeira, as enfermeiras... fazem-me tanto bem, gosto tanto de falar consigo, venha lá a casa ver o que tenho feito.” Nota-se uma necessidade de companhia e validação pelo papel que ainda representa na sociedade, e para si mesma.

Numa outra visita, a senhora apresenta-se bem arranjada, com roupa de preto, uma equimose na região frontal e enquanto entro na sua casa, vai contando “estou na mesma, cheia de problemas..estou farta de chorar”, pega na minha mão, “não tenho a minha família, a sra enfermeira sabe que metade no Algarve e metade em Benavente..estou com sentimento que algo vai correr mal.. e conduz-me, sentamo-nos na cozinha, está mais quente e continua “só peço a Deus, Jesus, Jesus, que nada lhes aconteça”, começa a chorar, “preciso de chorar”, levanta-se e leva-me ao quarto “as meias do meu filho” e mostra-me umas meias de bebé.. “não me sinto com forças... obrigada por ter

vindo sra enfermeira.. preciso de chorar, obrigada” enquanto que me encaminha de novo para a porta. “os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)”.

A Sr<sup>a</sup>. Ana e da Sr<sup>a</sup>. Roberta têm 10 anos de diferença, com realidades de isolamento social diferentes, porém manifestam o mesmo sentimento de falta de contacto íntimo, de companheirismo e de relações significativas e gratificantes. Enquanto que no caso da Sr<sup>a</sup>. Ana, esta não se consegue deslocar ao exterior e isso acentua a distância nas relações com a família e amigos que não vê por esse motivo e também porque eles não a conseguem visitar, tão frequentemente como ela desejaria. No caso da Sr<sup>a</sup>. Roberta, que se mobiliza dentro e fora de casa, permanece o desejo de maior qualidade nas relações das pessoas que considera serem mais próximas, não obstante a frequência e o número de contatos ser superior ao da Sr<sup>a</sup>. Ana. Ambas vivem sós, tentando estar conformadas com as suas capacidades e limitações presentes, mas com saudades do que já tiveram. As duas senhoras recordam “tempos melhores”, não apenas em termos de saúde física, mas pelas vidas que viviam em âmbito social e familiar. A sua perceção deste fenómeno é semelhante, confirmando uma discrepância no contato e relação desejados e no que realmente têm. Estes dois estudos de casos permitiram aprofundar dimensões que as escalas não contemplam.

#### 2.2.6. Análise de conteúdo de Bardin

Aos métodos de recolha de dados, juntam-se-lhes os métodos de registo de dados, que podem ser de conteúdo, processo, interação entre indivíduos, natureza das contribuições ou num aspecto específico (Bell, 1997). Optou-se pela análise de conteúdo de Laurence Bardin (2009), segundo o qual, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das entrevistas, realizado através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que permitem a obtenção de conhecimentos relativos às variáveis inferidas nessas mensagens. Esta técnica propõe-se analisar o que é explícito no texto (as significações/conteúdo e formas) e na prática da linguagem para conseguir indicadores que permitam fazer inferências sobre

quem a utiliza. Utilizando esta análise qualitativa, procura-se um maior conhecimento sobre o significado das palavras, tentando conhecer a realidade através das mensagens que foram transmitidas e recebidas.

Após a primeira fase da análise de conteúdo, com a leitura do material recolhido, seguiu-se a codificação e conseqüente formulação de unidades de registo, sub-categorias e categorias, as quais se agrupam resumidamente no Quadro I (e são mais exploradas no Apêndice VII).

Quadro I – Análise de conteúdo segundo Bardin (2009)			
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Sobre o isolamento social	Causas	Fatores físicos	“o barulho incomoda-me” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “já não tenho saúde” (Sr <sup>a</sup> . Liliana, 79 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “falta-me a energia, a vitalidade, o conseguir andar, o conseguir fazer as coisas, a saúde” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “ando cansada, é da idade, muito cansada” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “os meus joelhos não aguentam escadas” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Fatores psicológicos	“sem saber o que falar (quando tem companhia)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “fico cansada com mais pessoas” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “não quero fazer (atividades sociais)” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos)
		Fatores sociais	“ninguém vem cá ver-me” (Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos) “as ajudantes não têm tempo para conversar” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “não tenho com quem falar” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “o meu marido e eu fazíamos tudo juntos (viúva)” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
		Falta de recursos financeiros	“ir para a reforma, gostava tanto de trabalhar (ter mais dinheiro)” (Sr <sup>a</sup> . Diana, 89 anos e Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos) “(uma empregada) era muito bom, mas o dinheiro não chega” (Sr <sup>a</sup> . Hilda e Sr <sup>a</sup> . Mariana de 86 anos)
		Fatores ambientais	“não consigo subir e descer as escadas” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos e Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) “lá fora, tenho medo de cair, os passeios...” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos)
		Falta de família	“(a família) tem a sua própria vida” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “os meus filhos já saíram (de casa) há muito tempo” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos)
	Características	Viver só	“os meus filhos já saíram (de casa) há muito tempo” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “estou sozinha, o meu marido já morreu alguns

			anos” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos, Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) “Eu vivo só, sinto-me muito só” (Sr <sup>a</sup> Mariana e Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Sentir só	“sem a minha família, sinto-me só” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “já me habituei a estar só” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Estar sem amigos(as)	“Alguns amigos já se foram ou têm a sua própria família para estar com tempo” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos e Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “os amigos já se foram ou têm a sua própria família para estar e dar atenção” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) “não consigo ir vê-lo (amigo)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “Eu vivo só, sinto-me muito só” (Sr <sup>a</sup> Mariana e Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Estar sem família	“(a família) tem a sua própria vida” (Sr <sup>a</sup> Sara 89 anos e Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “não tenho cá a família” (Sr <sup>a</sup> Roberta, 80 anos; Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos e Sr <sup>a</sup> Liliana, 79 anos) “eu sinto tanto a sua falta” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
		Não ter a quem recorrer	“sozinha, não chamo ninguém” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “ninguém me vale” (Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos) “tenho medo, não ter a quem recorrer” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
	Consequências	Tristeza	“os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “estava tão sozinha Sr <sup>a</sup> Enfermeira, que bom que veio cá ver-me (e muda de um semblante triste para um sorriso)” (Sr <sup>a</sup> .Mariana, 86 anos) “estava tão sozinha, ainda bem que a oiço Sr <sup>a</sup> . Enfermeira” (Sr <sup>a</sup> Hilda, 86 anos) “é uma tristeza estar sozinha” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos, Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos, Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Diana, 89 anos)
		Sentir-se só	“os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “as enfermeiras ajudam noutras coisas (que não o sentir-se só)” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “que se há-de fazer, (uma pessoa viúva e idosa) tem de ser, sinto sinto (só)” (Sr <sup>a</sup> . Paulina, 87 anos)
		Sentir-se desvalorizada	“pouco há a fazer com(o) uma pessoa da minha idade” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos) “já ninguém quem saber, não me importo” (Sr <sup>a</sup> Ana, 90 anos)
		Sentir-se esquecida	“tenho medo, se me acontecer alguma coisa, não tenho a quem recorrer” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
		Falta de apetite	“a comida não é como gosto (a que vem da instituição)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “já não tem o mesmo gosto (a comida)” (Sr <sup>a</sup> Ana e Sr <sup>a</sup> Sara, 90 e 89 anos)

Durante as entrevistas percebe-se que muitas das participantes se conformam ao seu papel de pessoa idosa em que “os amigos já se foram ou

têm a sua própria família para estar e dar atenção” (Sr<sup>a</sup>. Bernandina, 85 anos) e cuja família também “tem a sua própria vida” (Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos), o que também vai de encontro aos resultados da ESSS. Este conformismo relativamente às relações de amizade e de familiares, e à diminuição de contactos, sugere uma adaptação das suas expectativas à realidade presente. Contudo, persiste o desejo de mudar algo nessas realidades, a vontade de que se sentirem melhor, mais acolhidas na sociedade onde vivem. Em algumas entrevistas não se demora a perceber que ainda há tanto por dizer, mesmo no silêncio.

É ainda possível presenciar uma dualidade entre o querer companhia, o sorriso que emana na presença de outrem e que mostre interesse por si, mas “sem saber o que falar” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos) e o “barulho incomoda-me” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos), “fico cansada com mais pessoas” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos), “não quero fazer (atividades sociais)” (Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos). O ficar mais em casa contribui para o seu isolamento social, pois “as ajudantes não têm tempo para conversar” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos), ou o “ninguém vai cá ver-me” (Sr<sup>a</sup>. Hilda, 86 anos), “não tenho com quem falar” (Sr<sup>a</sup>. Roberta, 80 anos). Com a justificação de permanecer em casa pelas dificuldades físicas, por cansaço ou limitação física na mobilidade; medo de que possam cair; desinteresse e “vergonha” por incontinência dos esfíncteres. Algumas senhoras manifestaram “tenho medo, se me acontecer alguma coisa, não tenho a quem recorrer”.

Os eventos mais importantes nas suas vidas relacionam-se essencialmente com a família, o ganho ou perda de um familiar. Aqueles que causaram alterações na sua rotina foi a reforma, a perda do cônjuge, a saída dos(as) filhos(as) e/ou netos(as) de casa e a diminuição da sua saúde. Este último é o que mais referem que lhes falta, “a energia, a vitalidade, o conseguir andar, o conseguir fazer as coisas, a saúde”, “ando cansada, é da idade, muito cansada” rematando que “pouco há a fazer” – encolhem ombros, abanam cabeças, baixam-nas. Ainda neste sentido, atribuem à família um papel de as ajudar, sendo que uma empregada “era muito bom, mas o dinheiro não chega”, algumas referem “que as da ajuda social levam muito dinheiro, não dá, não fica (o trabalho) bom”, outras reclamam que a comida não é como gostavam (a que vem da instituição), mas que também não têm o mesmo gosto, o mesmo apetite.

Algumas participantes revelam “é uma tristeza estar sozinha” e simultaneamente afirmam que gostavam de ter uma vida melhor, mas que não sabem como. Quanto à ajuda das enfermeiras, inicialmente a Sr<sup>a</sup>. Mariana (86 anos) é da opinião “as enfermeiras ajudam noutras coisas”, “gosto sempre das enfermeiras do posto” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos e a Sr<sup>a</sup>. Bernardina, 85 anos). Um referem “talvez aquela senhora socia (assistente social) seja de ajudar, mas que há-de ela fazer?”, enquanto que a Sr<sup>a</sup>. Mariana (86 anos) refere posteriormente “não há ninguém para ajudar e não quero ninguém a vir cá, a enfermeira pode, já a conheço”. Quando tentei perceber qual o motivo que as levaria a receber uma visita, seria para conversar e mostrar interesse no seu bem-estar, “gosto tanto que venha cá” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos e Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos) e a Sr<sup>a</sup>. Mariana (86 anos) fica agradecida por lhe telefonar, manifestando nas últimas visitas o mesmo agradecimento, perguntando quando regresso.

#### 2.2.7. Identificação do(s) problema(s)

Segundo Imogene King (1981), os problemas dos indivíduos são identificados a partir da análise dos dados que a enfermeira recolhe. Essa análise engloba os dados subjetivos da pessoa-alvo de cuidados (o que sente, pensa e percebe sobre o problema), os dados objetivos (como as atividades de vida diárias) e os problemas levantados/diagnósticos de enfermagem.

Os problemas foram identificados através das entrevistas semi-estruturadas e da observação participante. Nestas foi identificado o risco de isolamento social ou a existência de isolamento e a reduzida mobilidade de três participantes. Ainda através da análise de conteúdo (Bardin; 2009) das entrevistas e de acordo com o modelo de enfermagem de Imogene King, identificaram-se os problemas resultantes das principais necessidades percebidas. Para a uniformização da linguagem de enfermagem, foi utilizada a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, CIE, 2011), apresentando a sua conversão no Quadro II (em mais detalhe no Apêndice VIII). Desta forma, foram identificados como problemas: o isolamento social, o apoio emocional comprometido, a mobilidade comprometida, o rendimento inadequado e o suporte familiar inadequado.

Quadro II – Conversão de problemas em diagnósticos de enfermagem CIPE	
Problemas	Diagnósticos de Enfermagem
Isolamento social	Isolamento social
Falta de satisfação pessoal	Apoio emocional comprometido
Maior dependência física	Mobilidade comprometida
Rendimentos insuficientes	Rendimento inadequado
Menor proximidade física com a família	Suporte familiar comprometido

### 2.3. Definição de Prioridades

A segunda fase do planeamento da saúde é a seleção de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1986). Para que tal ocorra é necessário haver uma comparação dos problemas identificados, a fim de os priorizar. Essa comparabilidade poderá relacionar-se com a natureza do problema de saúde e com a sua natureza de abstração, significando que os problemas devem pertencer à mesma categoria para serem comparados e conseqüentemente hierarquizados (Imperatori & Giraldes, 1986). A escolha das prioridades prende-se ainda com o tempo, os recursos, o horizonte e a área de programação (Imperatori & Giraldes, 1986).

Para a determinação de prioridades recorreu-se à utilização de técnicas, as quais apresentam critérios, uns específicos, outros partilhados (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990). Neste projeto de intervenção optou-se pelo Método de Hanlon (Tavares, 1990), o qual permite a hierarquização a partir de quatro critérios: a amplitude do problema, a gravidade do problema, a eficácia da solução e a exequibilidade da intervenção. Os resultados da aplicação do método encontram-se no Quadro III.

Quadro III – Determinação de prioridades segundo o Método de Hanlon (Tavares, 1990)					
<b>Crítérios</b>	Amplitude [0-10] <b>A</b>	Gravidade+ [0-10] <b>B</b>	Eficácia da solução [0,5-1,5] <b>C</b>	Exequibilidade 0 ou 1 Não ou sim <b>D</b>	(A+B) Cx D
<b>Problema 1</b> Isolamento Social	9	9	1	1	18
<b>Problema 2</b> Apoio Emocional Comprometido	6	4	1	1	10
<b>Problema 3</b> Mobilidade Comprometida	5	9	1,5	1	21
<b>Problema 4</b> Rendimento Inadequado	7	6	0,5	0	0
<b>Problema 5</b> Suporte Familiar Comprometido	6	4	0,5	1	5

## 2.4. Fixação de Objetivos

A etapa seguinte à identificação e hierarquização dos problemas é a etapa da fixação de objetivos, a qual alia os objetivos aos resultados desejáveis para a população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990). Esta etapa alia os conhecimentos adquiridos e os setores envolventes nas intervenções de saúde (Imperatori & Giraldes, 1986).

O isolamento social foi um dos problemas prioritários selecionados, não esquecendo a mobilidade comprometida, sendo que o objetivo geral foi diminuir o isolamento social das pessoas idosas utentes da USF Tejo, que voluntariamente aceitaram participar neste projeto de intervenção, no período de 1 de Outubro de 2015 a Fevereiro de 2016.

Foram delineados como objetivos específicos: identificar as respostas locais pelos recursos comunitários locais, de concelho e de proximidade distrital; desenvolver estratégias de resposta às necessidades/problemas das participantes; e promover a adoção de comportamentos saudáveis nas participantes.

Como objetivos operacionais foram definidos: aumentar os conhecimentos das participantes, na prevenção de quedas e exercício físico; informar sobre os recursos comunitários locais ou de acção local, de natureza

social, às participantes; promover a interação social das participantes; e estimular o interesse e a continuidade da interação social.

## **2.5. Seleção de Estratégias**

A seleção de estratégias tem como finalidade reduzir os problemas de saúde prioritários identificados, através da elaboração de estratégias que permitam alcançar os objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1986).

De acordo com os resultados obtidos, as estratégias de intervenção de enfermagem comunitária utilizadas deverão actuar a um nível de prevenção primária, pois tal como diz Almeida (2005), esta prevenção visa evitar ou remover a exposição a um fator de risco ou causal prévio à patologia. Na selecção das estratégias tiveram-se em conta ainda as características das participantes e os objectivos formulados conjuntamente, os recursos humanos, os recursos materiais, o tempo-limite do projecto e as condições climatéricas durante a sua realização.

As estratégias estabelecidas foram a avaliação e a diminuição e/ou a prevenção do isolamento social das participantes através de conversas informais e sessões de educação para a saúde (SES); a colaboração com a equipa de saúde da USF Tejo e a mobilização dos vários profissionais de saúde; o levantamento dos recursos das entidades comunitárias locais, de concelho e de proximidade distrital com ação local e a mobilização dos seus recursos.

A estratégia de grupo seria a fundamental para promover a interação social, porém as sessões de educação para a saúde individuais (para além das colectivas) proporcionaram um espaço privilegiado de transmissão de conhecimentos, os quais foram completados com a elaboração de materiais didáticos.

A abordagem multidisciplinar foi essencial para compreender como os problemas definidos como prioritários cruzam diferentes esferas das áreas da saúde.

## 2.6. Preparação Operacional-Programação

Nesta fase, procedeu-se ao planeamento operacional para executar o projeto, o qual decorreu num período delimitado de tempo (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990). Segundo Tavares, cada atividade deve conter: a atividade em si, quem, quando, onde e como a realiza, qual o objetivo que pretende atingir e a avaliação dessa mesma atividade (Tavares, 1990).

Realizaram-se, nesta fase, as atividades necessárias à execução das estratégias selecionadas. Ao longo deste projecto, as visitas domiciliárias e/ou conversas informais com as participantes na USF Tejo, foram constantes desde o início. As participantes que se podiam e conseguiam deslocar, eram frequentemente convidadas a fazê-lo para a USF Tejo, onde, entre conversas informais, se praticava a escuta ativa, a validação, a socialização e a gestão da sua situação de saúde. O interesse das participantes permitiu estabelecer uma relação de confiança, que foi privilegiada em ambos os sentidos. As visitas e conversas na USF foram semanais, realizadas presencialmente na USF Tejo ou domicílios, e através de telefonemas. A partilha das visitas foi realizada frequentemente com a equipa de enfermagem e médica, relatando as observações realizadas e a troca de opiniões e conhecimentos. O estado de saúde das participantes predominava esta partilha, procurando a melhoria dos cuidados de enfermagem e médicos a estas senhoras. As conversas e o convívio com estas senhoras mostrou à mestranda um lado da vida das participantes, que nem sempre se chega a ter acesso, além de se promover o hábito de socialização, para além do presente projeto.

Para a mobilização dos recursos, foi necessário o seu levantamento, e consequentemente, adaptar as respostas existentes às necessidades/problemas das participantes. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas às dirigentes e/ou suas representantes dos recursos existentes, presencialmente ou via telefónica, apresentando-se alguns casos específicos. A Assistente Social do ACES de Loures/Odivelas foi de uma ajuda imprescindível. Na reunião com a Assistente Social, do Centro Paroquial de Moscavide, foi possível esclarecer quanto às atividades que possuem e as pessoas que acompanham. Num contacto com a 39ª Esquadra da Polícia de Segurança Pública (PSP), que se situa fora de Moscavide, mas é a que lhe

pertence, a Agente responsável trabalha em parceria com a assistente social da Segurança Social e faz visitas “a idosos com familiares ausentes, com condições habitacionais degradadas, ou outras situações em que a pessoa esteja em risco”. A Técnica que me recebeu na Santa Casa da Misericórdia de Moscavide, referiu que esta instituição faz parte dos cuidados integrados continuados e refere que “acompanhamos dos 72 aos 92 anos” e que “o serviço nacional se desprende algo desta parte”, sugeriu ainda a ida a outras instituições para a realização deste projeto. A Técnica do Centro de Dia Social e Comunitário da Junta de Freguesia de Moscavide, no qual também se insere a Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Moscavide disponibilizou-se para falar comigo e partilhar informações sobre o modo de funcionamento do centro e comissão. Funcionam como centro de dia “temos os serviços pagos como a lavandaria, refeições, fisioterapia, manicure e pedicure e no centro de dia, atelier criativo e centro de artesanato, estimulação cognitiva e treino de actividade, em que se desenvolvem projetos para a comunidade” como é o caso das “Artes Plásticas, a motricidade fina e motora, concertinas, cavaquinhos, aula de ginástica, movimento pela vida, aula de dança; baile sénior, atividades socio-culturais, informática e redes sociais” referindo que as pessoas “adoram falar com a família, usam o *facebook*”. Refere ainda a possibilidade de acompanhar os idosos ao médico, com transporte; e uma oficina do reformado “onde vamos mudar uma lâmpada lá a casa, que eles não conseguem, por exemplo”. No espaço Crescer, pertencente à Associação Vida Abundante, que é creche e centro de dia, e onde a Assistente Social, me recebeu e falou das atividades “são pessoas autónomas, vêm cá, refeições, actividades, algumas vão fazendo, sem horas programadas, é um espaço que têm para ler, tricotar, ver televisão, jogar uns com os outros; no domicílio proporcionamos a higiene, as refeições, tratar da casa, limpeza, lavandaria”. Na ESEL, existe um Núcleo de Voluntariado e Cidadania, situando-se um dos pólos muito próximo geograficamente de Moscavide, pelo que foi realizada uma entrevista informal a uma das responsáveis deste núcleo, no sentido de auscultar a possibilidade de desenvolvimento de projetos de apoio a esta área. Os estudantes fazem parte pontualmente de projetos de voluntariado, como cadeiras curriculares opcionais ou não, “não existindo atualmente nenhum projeto de combate ao isolamento social”.

A lista detalhada das atividades de acordo com Tavares (1990) pode ser consultada no Apêndice IX, assim como os planos das sessões de educação para a saúde, que foram realizadas na USF Tejo e individualmente nos domicílios das participantes que não se podiam deslocar. O material elaborado para esse efeito encontra-se no Apêndice X, bem como os folhetos informativos das sessões e os pôsteres referentes às mesmas, no Apêndice XI.

## 2.7. Avaliação e Controlo

A última fase da metodologia em saúde é a Avaliação, que serve para determinar o grau de sucesso de um objetivo e, numa comparação eficaz, conseqüentemente, compreender e corrigir as estratégias utilizadas para atingir esse objetivo (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990)

Segundo Imperatori & Giraldes (1986), as avaliações podem ser internas, visando conhecer o bom funcionamento do serviço, e externas, que determinam o impacto do serviço sobre a população. Para o presente projeto, devido ao seu limite temporal, a avaliação incidiu na avaliação da prestação dos cuidados de saúde, ou seja, avaliação interna, tendo-se utilizado os indicadores de atividade, execução ou processo (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990), que neste caso foram a percentagem de atividades realizadas e a percentagem de pessoas abrangidas pelas mesmas, que se encontram resumidamente no Quadro IV.

Quadro IV – Indicadores de Processo	
Indicadores	Avaliação
Número de SES de grupo realizadas/Número de SES de grupo planeadas x 100	$2/2 \times 100 = 100\%$
Número de SES individuais realizadas/Número de SES individuais planeadas x 100	$6/6 \times 100 = 100\%$
Número de participantes presentes para a SES de grupo/Número de participantes previstos	$2/7 \times 100 = 28,6\%$
Número de participantes presentes nas SES individuais/Número de participantes previstos	$1/1 \times 100 = 100\%$
Número de folhetos informativos distribuídos/Número de folhetos informativos previstos distribuir	$20/20 \times 100 = 100\%$
Número de pôsteres realizados/Número de pôsteres previstos realizar	$2/2 \times 100 = 100\%$

As restantes atividades foram conduzidas durante os meses de estágio, semanalmente e com toda a colaboração da equipa de enfermagem, médica e administrativa. A Assistente Social foi essencial para iniciar o levantamento dos recursos comunitários, e no sentido de contínua gestão da saúde das participantes. Foram realizadas todas as entrevistas e todas as atividades planeadas. No entanto, entre 10 participantes, apenas metade participaram nas sessões de educação para a saúde. Nas duas sessões de grupo, de diferentes temas, compareceram duas participantes cada vez, quando se pretendiam sete, sendo que se planearam três sessões individuais para cada sessão de educação com diferente tema, e foram seis as concretizadas. Estas sessões tiveram uma avaliação subjetiva positiva, pela participação das senhoras durante as mesmas e respostas presenciais às perguntas abertas colocadas durante as sessões. Os folhetos informativos foram entregues a todas as senhoras, mesmo as que não participaram nas sessões de educação e o seu *feedback* foi sempre positivo por comunicação verbal. Considera-se que os objetivos operacionais foram todos atingidos, a curto prazo, com as participantes presentes nas sessões de educação para a saúde, sendo que a médio prazo; que não foi possível avaliar neste projeto; o seu sucesso poderia ser diferente para essas participantes. Quanto às participantes que não estiveram presentes em nenhuma das sessões de educação para a saúde na USF Tejo, os folhetos informativos foram distribuídos e reforçadas as informações que continham; no entanto, como objetivos operacionais, a sua avaliação ficou mais aquém.

O objetivo geral deste projeto foi atingido, todavia surge a necessidade de um novo estudo e novas estratégias para o sucesso pleno deste projeto a longo prazo. É importante referir que se “abriu uma porta” para estas participantes e para os(as) profissionais de saúde, mas não o suficiente para o seu completo sucesso, ou seja, considera-se o início de um caminho longo para a “erradicação” do isolamento social nos(as) utentes da USF Tejo. Todavia, e tendo em conta que encontrar respostas adequadas às necessidades reais das pessoas, numa parceria enfermeira-utente, exige mais tempo, e face aos resultados dos indicadores, este projeto foi positivo.

As escalas utilizadas não foram aplicadas nesta fase, embora inicialmente se tivesse pensado nesta estratégia, pois ao longo das conversas

com as participantes foram-se constatando reduzidas ou inexistentes alterações que trouxessem novos dados.

Na avaliação do modelo de Imogene King, considera-se que em parte os objetivos definidos entre enfermeira e participantes foi atingido, pois uma das suas necessidades principais, a de companhia/conversa, foi sendo satisfeita ao longo do projeto.

Na generalidade, os objetivos foram atingidos, como se pode confirmar através da maioria dos indicadores de processo. Não obstante, apenas uma intervenção mais alargada poderia garantir o sucesso mais definitivo deste projeto e uma mais completa avaliação.

O interesse e apoio de toda a equipa de saúde neste projeto, assim como das participantes, mostrou a importância de se continuar a investir nesta área da prevenção e diminuição do isolamento social.

### **3. CONCLUSÕES**

#### **3.1. Limitações e constrangimentos**

A amostra da população-alvo reduziu-se apenas a 10 pessoas, que foram as únicas que se mostraram recetivas a participarem neste projeto, sendo que foram todas do sexo feminino, pois nenhum dos senhores identificados numa fase inicial, aceitou falar com a aluna de mestrado. Uma das participantes foi visitar a família, para fora do país, e por tempo indeterminado e deixou de participar. Outra das participantes, no final do projeto, deixou de corresponder aos critérios de inclusão do projeto, por a sua neta ter ido viver temporariamente com ela.

Nota-se que a escala breve de Lubben é realmente curta e que com a sua versão mais alargada para o isolamento social se poderia obter maior informação, mas esta ainda não foi validada para a população portuguesa. No entanto, também o curto espaço de tempo para a implementação deste projeto constituiu uma limitação. A escala de satisfação com o suporte social tende a induzir uma “satisfação média”, pois no caso da resposta ser mais neutra, nem positiva nem negativa, a sua pontuação é tendencialmente elevada; e entende-se que a maioria das participantes poderia querer referir que já não se importam face “à qualidade” da companhia, pois ter amigos(as) ou família nesta fase de vida, com tempo para estas senhoras, parece-lhes algo tão inatingível que ficam satisfeitas com o que “pouco que há para elas”. Apenas uma (Sr<sup>a</sup>. Hilda, 86 anos) revela algum inconformismo com a situação e gostaria que tal fosse diferente. Para uma outra senhora (Francisca, 69 anos), o que “mais quero é o meu marido” e sente-se uma barreira de impossibilidade em proporcionar o que a senhora deseja.

Outros constrangimentos de natureza meteorológica, como o tempo de chuva que impediu que as participantes independentes se deslocassem à USF Tejo, principalmente nas sessões de educação para a saúde; a difícil confiança numa pessoa estranha, temporária (a aluna de mestrado) pelas participantes ou possíveis participantes, os sentidos de visão e de audição diminuídos das participantes.

A falta de um projeto de voluntariado local ou a nível nacional ou distrital mas com execução local, para a continuidade da interação social destas participantes, principalmente as que não se conseguiam deslocar para o exterior, constituiu uma limitação elevada para a concretização permanente do objetivo geral deste projeto, mesmo após o seu término.

### **3.2. Reflexão sobre a prática da Enfermagem Comunitária**

Este projeto foi de um enorme gosto pessoal, com desejo de produzir efeitos positivos na sua concretização académica.

Desde o seu início que, apesar de parecer um tema pouco explorado, e de difícil estudo, a vontade de poder contribuir para a comunidade profissional e da população abrangida pela USF Tejo, foi uma constante ao longo de todo o processo de estágio.

As competências adquiridas durante esta prática específica foram relacionadas com a metodologia do planeamento em saúde e o trabalho de campo realizado em todas as vertentes de prestação de cuidados existentes na USF Tejo. São estas tratamentos de feridas, visitas domiciliárias, vacinação, saúde infantil e materna, e áreas específicas como a diabetes, a hipertensão, o exercício físico, o planeamento familiar, que foram de grande valia profissional. A colaboração entre todos os profissionais e o trabalho em equipa facilitou o desenvolvimento de vários níveis de competências de enfermagem, principalmente na gestão do tempo, dos recursos e das intervenções. Sinto um crescimento pessoal, académico e profissional ao longo do percurso de especialista e aluna de mestrado, ultrapassando barreiras e encontrando novos obstáculos e metas.

Os estudos de caso foram uma mais valia para compreender o fenómeno do isolamento social, possibilitando uma maior adequação na resposta dos cuidados de enfermagem face às necessidades reais das pessoas.

### 3.3. Considerações Finais

As comunidades, cujos indivíduos apresentam dificuldades em experienciar uma sensação positiva de bem-estar e conexão com outros, em sentir que a vida tem um sentido e que se pode gerir, são na sua maioria comunidades com problemas funcionais (WHO, 2005). Desta forma, é válido afirmar que o isolamento social afeta negativamente a saúde do ser humano (Berkman *et al*, 2000; Nicholson, 2012; WHO, 2002, 2005, 2009, 2013). Sendo a saúde das pessoas, a principal finalidade dos(as) profissionais de saúde, considero crucial o conhecimento das várias dimensões do isolamento social, principalmente a nível da enfermagem e na saúde comunitária, visto as(os) enfermeiras(os) na comunidade possuírem um acesso privilegiado às pessoas em risco ou já em isolamento social e poderem, assim, melhor avaliar e atuar para prevenir ou reverter os seus efeitos negativos na saúde.

As pessoas idosas são pessoas com maior tendência para dificuldades nas várias áreas humanas, sendo as redes sociais uma forma fundamental para atenuar essas dificuldades e promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Paúl, 2005; WHO, 2002, 2005, 2009, 2013). Cunha, Lopes & Pereira (2013) revelam como são escassos os contactos com que as pessoas idosas podem contar, e durante o estágio foi essa a realidade com que me deparei e que reforçou a minha vontade de contribuir para melhorar a vida dessas e outras pessoas em isolamento social. Observou-se que a pessoa idosa apresenta uma diminuição da sua rede social, devido a perdas relacionadas com a morte do cônjuge, outros familiares e/ou amigos(as); um aumento na distância entre a família e a pessoa idosa; um aumento de barreiras que condicionam as relações com os(as) outros(as), como sejam, dificuldade em subir ou descer escadas, deterioração da saúde, défices sensoriais e/ou motores, falta de força ou vontade, diminuição do poder económico. Constatou-se assim como o bem-estar está diretamente ligado ao contacto com o outro. Tal como no estudo realizado pelo CEPCEP, em 2012, o que mais referem é o sentir falta de apoio quando necessário, o não ter familiares vivos ou próximos, não ter amigos ou confidentes e não ter contactos com os familiares ou amigos.

A dimensão da amostra deste projeto de intervenção foi reduzida, pelo que os resultados obtidos não podem ser generalizados à população em geral

e a interpretação dos resultados confere uma orientação mais qualitativa e descritiva. A interação com as participantes revela apenas uma parte do que a enfermagem comunitária pode ainda atuar, principalmente, no seio de uma equipa de saúde tão completa em termos de áreas de atuação, e a negociação de objetivos com a pessoa a ser cuidada faz todo o sentido para se conseguirem melhores respostas às suas necessidades e problemas, de acordo com o modelo de Imogene King.

A população idosa carece de estudos atualizados para que a sua qualidade de vida não decresça. Chen & Schulz (2016), num estudo recente sobre tecnologias de informação e comunicação, determinaram quatro mecanismos para diminuir o isolamento social nos idosos: relacionar-se com o mundo exterior; possuir suporte social; envolver-se em atividades do seu interesse e aumentar a auto-confiança. A OMS confirma que as intervenções que prolongam e/ou melhoram as atividades sociais das pessoas idosas, a satisfação com a vida e a qualidade de vida, podem proteger contra os danos do isolamento social, e por isso aconselha a um maior número de pesquisa e ação mundial (WHO, 2014). Em termos de acção local, gostaria de expressar uma recomendação e, simultaneamente, um desejo da existência de um projeto de voluntariado em cada freguesia, para as idosas identificadas e para todos os que não estão identificados, mas permanecem em risco ou já em isolamento social. Na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa falou-se de uma proposta de iniciar uma parceria entre o seu núcleo de voluntariado e cidadania e as juntas de freguesias e centros de saúde locais, para que todos possamos trabalhar juntos e juntas para um mundo melhor.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. (2005). Prevenção em Saúde: Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-96.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4ªed. Coimbra: Edições 70.
- Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Berger, L.; Mailloux-Poirier, D. (1991). *Soins Gériatriques: problèmes complexes et interventions autonomes*. Québec.
- Berkman, L. F. et al. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843–857. doi:[10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4).
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cabral, M. V. (org) (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal : usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Câmara Municipal de Loures (2011). [http://app.cm-loures.pt/redesocial/Diagnostico\\_Loures\\_caderno\\_sintese\\_final.pdf](http://app.cm-loures.pt/redesocial/Diagnostico_Loures_caderno_sintese_final.pdf)
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP) (2012). *O envelhecimento da população: dependência, activação e qualidade*. (Relatório Final). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em [http://www.ces.pt/download/1483/Relatorio%20Final\\_UCP\\_ago%202012.pdf](http://www.ces.pt/download/1483/Relatorio%20Final_UCP_ago%202012.pdf)
- Chen, Y. R., & Schulz, P.J. (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 18(1), e18. Doi:10.2196/jmir.4596
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2011). *CIFE Versão - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Crisp, L. N. (editor) (2014). *The future for health: everyone has a role to play*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Cunha, L.; Lopes, M.; & Pereira, F. (2013). *Papel da educação para a promoção do suporte social e nível de satisfação com a vida*. Documento em *La Crisis social e el Estado del Bienestar: las respuestas de la pedagogia social*, Oviedo. 228-235.
- Direção -Geral de Saúde (DGS) (2004). *Circular Normativa Nº. 13/DGCG: Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acessível no portal da saúde. Ministério da Saúde, Portugal.
- DGS (2008). Envelhecimento saudável. Ministério da Saúde. Acedido a 27-02-2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-internacional-das-pessoas-idosas-mensagem-do-director-geral-da-saude-.aspx>
- Duarte, S. (2010). Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro. Acedido em 27-02-2015. Disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954\\_td\\_Susana\\_Duarte.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf)
- Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal Of Community Nursing*, 19(3), 125-128
- European Commission (EC). (2012). *Special Eurobarometer 378: active ageing Wave EB76.2 – TNS opinion & social*. Acedido a 17-03-2015. Disponível em [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_378\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf)
- EuroHealthNet (2012). *Healthy and Active Ageing*. Bruxelas: The Federal Centre for Health Education – BzGA. Acedido a 17-03-2015. Disponível em <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/resources/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>
- Fialho, A.(2013). Idosos isolados e dependentes do município da Amadora: Necessidades e estratégias de intervenção. Acedido em 01-03-2015. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6580/1/Idosos%20isolados%20e%20dependentes%20do%20munic%3%ADpio%20da%20Amadora%20-%20Necessidades%20e%20estrat%3%A9gias%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o.pdf>

- Findlay, R., & Cartwright, C. (2002). Social isolation and older people: A literature review. Brisbane: Australian Centre on Ageing, University of Queensland.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Gauthier, B. (dir.) (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*. (3ª edição). Loures: Edições Lusociência.
- Gil, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2ªed.). São Paulo: Editora.
- Guarda Nacional Republicana (GNR) (2015 Abr). *Operação Censos Sénior* 2015. [http://www.gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r\\_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5\\_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=2033&Mes=](http://www.gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=2033&Mes=)
- GNR (2015 Maio). *Operação Censos Sénior 2015: Resultados*. [http://gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r\\_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5\\_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=2081](http://gnr.pt/default.asp?do=tnov0r6r_vz24r05n/016vpvn5/016vpvn5_qr5p4vpn1&fonte=noticias&id=2081)
- Governo de Portugal (GP) (2012). *Programa Acção Ano Europeu do Envelhecimento Activo e Solidariedade entre Gerações*. Portugal. <http://www.igfse.pt/upload/docs/2012/Programa%20A%C3%A7aoAnoEuropeu2012.pdf>. Acedido a 5-12-2014.
- Hand, C., McColl, M. A., Birtwhistle, R., Kotecha, J. A., Batchelor, D., & Barber, K. H. (2014). Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 60(6), e322
- Havens B. *et al.* (2004) Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 129–140. Acedido a 13-07-2015. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15334813>
- Holwerda, T. J., Deeg, D. H., Beekman, A. F., van Tilburg, T. G., Stek, M. L., Jonker, C., & Schoevers, R. A. (2014). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*, 85(2), 135-142. doi:10.1136/jnnp-2012-302755

• Imperatori, E. & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do planeamento em saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde: Lisboa.

• Instituto de Estudos Sociais e Económicos. (IESE) Rui Godinho e José Manuel Henriques (coord.) (2012). PROJECTO REDE EM PRÁTICA. Acedido em 1-3-2015. Disponível em [http://app.cm-loures.pt/redesocial/img/RELATORIO\\_FINAL\\_AVALIACAO.pdf](http://app.cm-loures.pt/redesocial/img/RELATORIO_FINAL_AVALIACAO.pdf)

• INE (2011). *Censos XV Recenseamento Geral da População e V recenseamento geral de habitação: resultados definitivos Portugal*. Acedido a 05-12-2014. Disponível em [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1)

• INE (2013). *Anuário Estatístico 2013*. Acedido a 05-12-2014. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107683&selTab=tab0](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEStipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107683&selTab=tab0)

• Killeen, M. B., & King, I. M. (2007). Viewpoint: Use of King's Conceptual System, Nursing Informatics, and Nursing Classification Systems for Global Communication. *International Journal Of Nursing Terminologies & Classifications*, 18(2), 51-57. doi:10.1111/j.1744-618X.2007.00050.x

• King, I.M. (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. New York: Wiley.

• King, I.M. (1984). *Enfermería como profesión filosofía, principios y objetivos*. México: Editorial Limusa

• LaVeist T. *et al.* (1997) Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *American Journal of Community Psychology* 25(5), 721–732. Acedido a 5-04-2015. Disponível em <http://download.springer.com/static/pdf/166/art%253A10.1023%252FA%253A1024643118894.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com%2Farticle%2F10.1023%2FA%3A1024643118894&token2=exp=1437644835~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F166%2Fart%25253A10.1023%25252FA%25253A1024643118894.pdf%3ForiginUrl%3Dhttp%253A%252F%252Flink.springer.com%252Farticle%2>

52F10.1023%252FA%253A1024643118894\*~hmac=0ece2406406ccda7bd38e  
d0b27ec0a042248d8bbc6610f962ef07d7ec61b30a1

• Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. 5ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

• Liga Portuguesa de Profilaxia Social (LPSS) (2008). *Integra & Ajuda na Cidade Amiga*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx>

• Lopes, M. A. P. (org.) (2013). *O cuidado de enfermagem de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática*. Lisboa: Lusociência.

• Lubben, J., & Gironde, M. (2003). Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In B. Berkman & L. Harootyan (Eds.). *Social work and health care in an aging society*. New York: Springer Publishing Company. Acedido a 04-05-2015. Disponível em

[https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=o8q9YJvjMC&oi=fnd&pg=PA319&dq=Centrality+of+social+ties+to+the+health+and+well-being+of+older+adults&ots=gQ2wvXlhEV&sig=x\\_OANt8DGrYs-zaprZjEIEf\\_Og#v=onepage&q=Centrality%20of%20social%20ties%20to%20the%20health%20and%20well-being%20of%20older%20adults&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=o8q9YJvjMC&oi=fnd&pg=PA319&dq=Centrality+of+social+ties+to+the+health+and+well-being+of+older+adults&ots=gQ2wvXlhEV&sig=x_OANt8DGrYs-zaprZjEIEf_Og#v=onepage&q=Centrality%20of%20social%20ties%20to%20the%20health%20and%20well-being%20of%20older%20adults&f=false)

o8q9YJvjMC&oi=fnd&pg=PA319&dq=Centrality+of+social+ties+to+the+health+and+well-being+of+older+adults&ots=gQ2wvXlhEV&sig=x\_OANt8DGrYs-zaprZjEIEf\_Og#v=onepage&q=Centrality%20of%20social%20ties%20to%20the%20health%20and%20well-being%20of%20older%20adults&f=false

being+of+older+adults&ots=gQ2wvXlhEV&sig=x\_OANt8DGrYs-zaprZjEIEf\_Og#v=onepage&q=Centrality%20of%20social%20ties%20to%20the%20health%20and%20well-being%20of%20older%20adults&f=false

%20and%20well-being%20of%20older%20adults&f=false

• Lubkin, I. Larsen, P. D. (2006). *Chronic illness: impact and interventions*. 6th ed.. Boston : Jones and Bartlett Publishers.

• Ministério da Saúde (MS) (s.d.) . Acedido a 04-05-2015. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>

saude.pt/DepartamentoseUnidades/UnidadePlaneOrganiza%C3%A7%C3%A3odeServi%C3%A7osdeSa%C3%BAde/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx

• Morrison, M. (1997). *Foundations of mental health nursing*. St.Louis : Mosby.

• Nicholson, N. (2009). Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1342-1352.

• Nicholson, N. (2012). A Review of Social Isolation: an Important but Underassessed Condition in Older Adults. *The Journal of Primary Condition*, 31 (1-2), Author's Personal Copy. DOI 10.1007/s10935-012-0271-2

• Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Acedido a 14-04-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>

• OE (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a 02-02-2015. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf)

• Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. XV, 275-287.

• Peplau *et al* (1980). Relation between loneliness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 39(6). Acedido em 16-03-2015. Disponível em [http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0CFsQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FLetitia\\_Peplau%2Fpublication%2F15992650\\_Relation\\_between\\_loneliness\\_and\\_depression\\_a\\_structural\\_equation\\_analysis%2Flinks%2F0c960524386130f754000000.pdf&ei=4CUHVaeSACj8UNiQgogK&usg=AFQjCNE62mPwwHs73K69WqG9KbA7wEsP0Q&sig2=w-ff\\_LEmo1NEq1uVi-](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0CFsQFjAH&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FLetitia_Peplau%2Fpublication%2F15992650_Relation_between_loneliness_and_depression_a_structural_equation_analysis%2Flinks%2F0c960524386130f754000000.pdf&ei=4CUHVaeSACj8UNiQgogK&usg=AFQjCNE62mPwwHs73K69WqG9KbA7wEsP0Q&sig2=w-ff_LEmo1NEq1uVi-)

• Perlman, D., & Peplau, L.A. (1982). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau\\_Lab/Publications\\_files/Peplau\\_Miceli\\_Morasch\\_82.pdf](http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau_Miceli_Morasch_82.pdf)

• Resolução da Assembleia da República n.º61/2012 de 4 de Maio (2012). Por um envelhecimento ativo. Diário da República Série I, N.º 87 (04-05-2012) 2360.

• Ribeiro, J. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo Editora.

• Ribeiro, O. *et al.* (2012). *Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)*. Acedido a 14-04-2015. Disponível em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787/9276>.

- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) (2014). *Renovar a esperança - Programa Intergerações: uma iniciativa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa pela melhoria do conhecimento e apoio a idosos isolados*. Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- Santos, S. (1990). *Prática Assistencial para Idosos Crônicos fundamentada no marco conceptual de King*. Dissertação em Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Silva, A. et al. (2002). Análise dos fatores de cuidado de Watson em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 23(2). 27-50.
- Shossler, T. (2007). *Cuidador Domiciliar do Idoso: cuidando de si e sendo cuidado pela equipe de saúde, uma análise através da teoria do cuidado humanode Jean Watson*. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação Porto Alegre. Acedido a 25-06-2015. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/10984/000603489.pdf?sequence=1>
- Spradley, J. (1980). *Participant observation*. Wessington, Holt, Rinehart and Winston.
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999) - *Enfermagem comunitária : promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa : Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5º ed. Loures: Lusociência.
- Valtorta, N. K., et al (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- WHO (2005). *Promoting mental health*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/MH\\_Promotion\\_Book.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf?ua=1)

- WHO (2007). *Global Age-friendly Cities: a guide*. França. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241547307_eng.pdf)
- WHO (2008). *Primary Health Care: now more than ever*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1).
- WHO (2009). *Milestones in Health Promotion*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf?ua=1)
- WHO (2012). *Risk to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf?ua=1)
- WHO (2013). *Mental Health on Older Adults, Addressing a growing concern*. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/WHO\\_paper\\_wmhd\\_2013.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/WHO_paper_wmhd_2013.pdf?ua=1)
- WHO (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva. Acedido a 16-03-2015. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1)
- Wu, Z., Sun, L., Sun, Y., Zhang, X., Tao, F., & Cui, G., (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging & Mental Health*, 14, 108-112. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Zavaleta *et al* (2014). Social Isolation: A conceptual and Measurement Proposal. Acedido a 17-03-2015. Disponível em <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/ophi-wp-67.pdf>

**ANEXOS**

ANEXO I – Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ - Escala de Avaliação de Dependência nas Atividades de Vida Diária

Tomar Banho	3	Não precisa de ajuda
	2	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo
	1	Precisa de ajuda para higiene completa
Vestir-se	3	Segura as roupas e veste-se sem ajuda
	2	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos
	1	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou totalmente despido
Ir ao WC	3	Vai ao WC, faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas- andarrilho, bengalas, cadeira de rodas...)
	2	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades
	1	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades
Locomoção	3	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda ( pode utilizar ajudas técnicas)
	2	Entra e sai da cama ou cadeira com ajuda
	1	Não sai da cama
Continência (controlo de esfíncteres)	3	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos
	2	Tem "acidentes ocasionais"
	1	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes
Alimentação	3	Alimenta-se sem ajuda
	2	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão
	1	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos
Total		

A soma da avaliação da capacidade funcional, define o grau de dependência em:

Independente – 13 a 18 pontos

Parcialmente Dependente – 7 a 12 pontos

Totalmente Dependente – 6 pontos

Fonte: USF Tejo, 2015, em projeto de implementação

## ANEXO II – Escala Breve de Redes Sociais de Lubben

## ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN (LSNS-6)

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...

1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

Números = Pontuação

0=0

1 =1

2 =2

3 ou 4 =3

5 a 8 =4

9 e mais =5

Isolamento Social se pontuação total < a 12

Fonte: Ribeiro, O. *et al.* (2012). *Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)*

## ANEXO III – Escala de Satisfação com o Suporte Social

## ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL

1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio (Intimidades)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria (Atividades Sociais)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria (Amizades)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer (Intimidades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer (Intimidades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas (Intimidades)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam (Atividades Sociais)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.) (Atividades Sociais)

A =1

B =2

C =3

D =4

E =5

9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família (Família)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família (Família)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família (Família)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho (Amizades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos (Amizades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos (Amizades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho (Amizades)

A =5

B =4

C =3

D =2

E =1

A = concordo totalmente

B =concordo na maior parte

C = não concordo nem discordo

D = discordo na maior parte

E= discordo totalmente

A pontuação de cada fator, dimensão ou sub-escala (Amizades; Intimidade; Família; Actividades sociais) resulta da soma de cada item. A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. A escala inclui itens invertidos que são os seguintes: itens, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15. Estes receberão o valor “1” nos itens assinalados em “E” e “5” nos assinalados em “A”

A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75, menor a maior satisfação e à pontuação mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Fonte: Ribeiro, J. P. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*.

Lisboa: Placebo Editora

APÊNDICES

## APÊNDICE I – Cronograma de Atividades



## APÊNDICE II – Guião de Entrevista Semi-Estruturada

**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**  
**A PESSOAS IDOSAS A VIVEREM SÓS**

**I – Caracterização Sociodemográfica**

1. Idade: \_\_\_\_\_
2. Sexo: M  F
3. Naturalidade: \_\_\_\_\_
4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_
5. Último lugar de proveniência geográfica: \_\_\_\_\_
6. Língua principal: \_\_\_\_\_
7. Freguesia de Residência: \_\_\_\_\_
8. Estado civil:
  - Solteiro(a).....
  - Casado(a)/União de facto.....
  - Divorciado(a)/Separado(a).....
  - Viúvo(a).....
9. Escolaridade:
  - Não frequentou o sistema de ensino.....
  - Não sabe ler nem escrever.....
  - Sabe ler e escrever sem escolaridade .....
  - Ensino Primário (até o 4ºano).....
  - Ensino Básico (até o 9ºano).....
  - Ensino Secundário (até o 12º ano).....
  - Ensino Técnico/Profissional.....

Ensino Superior.....

10. Situação profissional:

Ativo(a).....

Desempregado(a).....

Aposentado(a).....

11. Se aposentado(a), qual o motivo

Invalidez.....

Tempo de serviço.....

Outra situação:\_\_\_\_\_

12. Profissão atual ou anterior:\_\_\_\_\_

13. Tempo de Aposentadoria:\_\_\_\_\_

14. Fontes de rendimento:

Pensão/pensões.....

Reforma.....

Outros rendimentos (rendas, rendimentos próprios).....

Ajuda de familiares.....

Ajuda de amigos.....

Ajuda de vizinhos.....

Outros.....

Que tipo de pensão\_\_\_\_\_

15. O rendimento atual:

Permite viver confortavelmente.....

Dá para viver.....

Viver com o rendimento actual é difícil.....

É muito difícil.....

16. Tipo de habitação:

Vivenda.....

Apartamento.....

Habitação social.....

Com saneamento.....

Sem saneamento.....

Com electricidade.....

Sem electricidade.....

Com gás.....

Sem gás.....

Com escadas.....

Com elevador.....

Com rampa.....

## II – Tipo de Dependência

17. Dependência caracterizada pelo Índice de Katz: \_\_\_\_\_

18. Quando precisa de ajuda, a quem recorre?

Cônjuge.....

Filho(a)(s).....

Irmã(o)(s).....

Neto(a)(s).....

Empregado(a).....

Amigo(a)(s).....

Vizinhos.....

Apoio Social/Instituição.....

Ninguém.....

Outras pessoas, quem \_\_\_\_\_

Com que frequência? \_\_\_\_\_

19. Que tipo de apoio?

Cuidados pessoais.....

Alimentação.....

Auxílio na mobilidade.....

Toma da medicação.....

Efetuar trabalhos domésticos.....

Tratar de assuntos burocráticos.....

Gerir dinheiro.....

Ir às compras.....

Passear ou realizar actividades de lazer....

Ida ao(à) médico(a).....

Outras, quais \_\_\_\_\_

### III – Práticas de Saúde

20. Onde recorre quando está doente: \_\_\_\_\_

21. Tem alguma doença: \_\_\_\_\_

22. Quem diagnosticou? \_\_\_\_\_

23. Faz algum tratamento regular: Não \_\_\_ Sim \_\_\_

24. Toma medicamentos

Não \_\_\_ Sim\_\_\_

Quantos toma: \_\_\_\_\_

Quem prescreveu? \_\_\_\_\_

25. No último ano, com que frequência foi a um serviço de saúde: \_\_\_\_\_

26. Tem sido acompanhado(a) pelo médico regularmente?

Não \_\_\_ Sim \_\_\_

E pelo enfermeiro? Não \_\_\_ Sim \_\_\_

#### IV – Práticas do Quotidiano

27. Há quanto tempo vive só?

---

28. Costuma sair de casa? Não \_\_\_ Sim \_\_\_

Se não, porquê?

---

---

---

Se sim, com que periodicidade?

---

---

---

---

29. Qual foi o último acontecimento que alterou o seu quotidiano?

---

---

---

30. Qual o acontecimento mais importante da sua vida?

---

---

---

---

31. Tem alguma prática religiosa? Não \_\_\_ Sim \_\_\_

32. A sua religião é \_\_\_\_\_

33. Descreva um dia do seu cotidiano, por favor.

---

---

---

---

---

---

---

---

34. Sente-se sozinho(a)?

---

---

---

35. O que sente mais falta?

---

---

---

---

---

---

36. O que gostaria de mudar na sua vida?

---

---

---

---

37. O que acha que pode fazer para isso?

---

---

---

---

38. O que poderiam os(as) enfermeiros(as) ajudar?

---

---

---

---

39. Quem mais poderia ajudar?

---

---

---

APÊNDICE III – Consentimento Informado para a realização da  
entrevista semi-estruturada

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Filipa Andreia Gomes dos Santos, a frequentar o 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio na Unidade de Saúde Familiar Tejo, do ACES Loures Odivelas, autorizado pela ARS LVT e orientado academicamente pela Sr.ª Professora Doutora Maria Manuel Quintela e no contexto local pela Sra. Enfermeira Fernanda Carneiro.

Estou a desenvolver um projeto sobre o isolamento social, cuja finalidade é conhecer a relação entre o isolamento social e as práticas de saúde, prevenindo riscos de isolamento social e promovendo a saúde dos(as) entrevistados(as).

Para tal, necessito da sua colaboração nesta entrevista e autorização para gravação da mesma. Pode aceitar ou recusar, sem qualquer benefício ou prejuízo para si. A sua participação é totalmente voluntária, podendo desistir a qualquer momento.

Garanto que a informação recolhida será anónima e confidencial.

Nesse sentido, depois de devidamente informado(a) e esclarecido(a), solicito o seu consentimento por escrito, em como aceita participar de livre e espontânea vontade.

Aceito  Aceito com gravação   
Nao aceito  Aceito sem gravação

Assinatura da(o) entrevistado(a) ou seu/sua representante\*:

---

Assinatura da mestranda:

---

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

\*NOTA: representante devido a dificuldade visual  de motricidade fina   
outra

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE IV – Autorização pelos autores para utilizar as escalas  
LSNS-6 e ESSS

**José Luis Pais Ribeiro** 24/06  
para mim

Cara colega

Autorizo a utilização da ESSS. Informo que na minha web page na secção books encontra o manual da escala que está de acesso livre

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro  
jlr@fsc.up.pt  
mobile phone: (351) 965045590  
web page: <http://www.google.com/web/jlpaisribeiro/>  
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2862-8056>  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>  
ResearchGate: [https://www.researchgate.net/profile/Oscar\\_Pais-Ribeiro/publications](https://www.researchgate.net/profile/Oscar_Pais-Ribeiro/publications)

Pessoas (2)

**Jose Ribeiro**  
Aditar ao Google+

Mostrar detalhes

---

**De:** FILIPA ANDREA GOMES DOS SANTOS [faga@campus.esel.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 24 de Junho de 2015 10:10  
**Para:** José Luis Pais Ribeiro  
**Assunto:** Pedido de autorização para utilização da ESSS

Bom dia Excmo. Professor José Luis Pais Ribeiro,

Sou uma estudante a realizar Mestrado de Saúde Comunitária (M<sup>sc</sup> emsc) na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e

**Óscar Ribeiro** 26/06  
para mim, beiseir, eduarte, mjsoa, fajaraugo, spousa, paul

Cara Filipa,

Considere autorizada a sua utilização. Qualquer esclarecimento adicional que considere pertinente estamos ao dispor.  
Votos de bom trabalho.

Melhores cumprimentos,  
Óscar Ribeiro

---

oscar ribeiro  
dep. educação - uni. aveiro  
campus universitário de santiago  
3300-8100 | Portugal

**De:** FILIPA ANDREA GOMES DOS SANTOS [faga@campus.esel.pt]  
**Enviado:** quarta-feira, 24 de Junho de 2015 21:43  
**Para:** Óscar Ribeiro: [beiseir@unifei.es](mailto:beiseir@unifei.es) [eduarte@unifei.es](mailto:eduarte@unifei.es) [mjsoa@unifei.es](mailto:mjsoa@unifei.es) [fajaraugo@esep.ipv.pt](mailto:fajaraugo@esep.ipv.pt) [spousa@fctas.up.pt](mailto:spousa@fctas.up.pt) [paul@fctas.up.pt](mailto:paul@fctas.up.pt)  
**Assunto:** Pedido de autorização para utilização da Escala Breve de Rede Sociais de Lubben

Bom dia Excmo. e Excmo.

Sou uma estudante a realizar Mestrado de Saúde Comunitária (M<sup>sc</sup> emsc) na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver o meu trabalho na área do Trabalho Social

## APÊNDICE V – Autorização pelo ACES e Comissão de Ética

### DECLARAÇÃO

Ileine Maria Noronha Lopes, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas (ACES) Loures - Odivelas, declara nada ter a opor, à realização do projecto "Isolamento Social do Idoso", autorizado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo .IP - Processo Nº 070/CES/INV/2015 – USF Tejo, dado que não acarreta despesas para o ACES, tendo condições logísticas e humanas que asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa declaração, que vai ser por mim assinada.

Sacavém, 18 de setembro de 2015

**A Diretora Executiva do ACES Loures – Odivelas**



Ileine Lopes (Dr.ª)

## APÊNDICE VI – Caracterização das pessoas idosas a viverem sós

Tabela I – Caracterização sociodemográfica das participantes

		Frequência
Idade (anos)	65 a 69	1
	75 a 79	1
	80 a 84	1
	85+	7
Sexo	Feminino	10
Naturalidade	Vila Real	1
	Lisboa	3
	Faro	1
	Aveiro	2
	Guarda	1
	Castelo Branco	2
Último lugar de proveniência	Vila Real	1
	Lisboa	3
	Faro	1
	Aveiro	2
	Guarda	1
	Castelo Branco	2
Língua principal	Português	10
Freguesia de Residência	Moscavide	8
	Portela	2
Estado Civil	Divorciado(a)/Separado(a)	2
	Viúvo(a)	8
Escolaridade	Ensino Primário (até o 4ºano)	5
	Ensino Básico (até o 9ºano)	1
	Ensino Técnico/Profissional	3
	Ensino Superior	1
Situação Profissional	Aposentada	8
	Doméstica	2
Profissão anterior	Profissões intelectuais e científicas	1
	Técnicas e profissionais de nível intermédio	1
	Pessoal administrativo e similares	1
	Pessoal dos serviços e vendedores	3
	Operárias) artificies e similares	2
	Trabalhadoras não qualificadas	2
Motivo da Aposentação	Invalidez	2
	Tempo de serviço	5
	Outro(a pedido do marido)	3
Idade da Aposentação (anos)	30 a 34	1
	40 a 44	1
	45 a 49	2
	50 a 54	2
	55 a 59	1
	65 a 69	1
	75+	2
Fontes de rendimento	Pensão/reforma	7
	A cargo da família	2
	Rendimento social	1
O rendimento atual permite	Permite viver confortavelmente	3
	Dá para viver	4
	Viver com o rendimento actual é difícil	3
Tipo de Habitação	Apartamento	9
	Habitação social	1
	Com saneamento	10
	Com electricidade	10
	Com gás	10
	Com escadas	10
	Com elevador	2
	Sem elevador	8
	Com rampa	2
Sem rampa	8	

Notas:

↳ as idades de 65 e mais foram agrupadas de acordo com a DGS (Portugal Idade maior em números - 2014)

↳ a profissão foi classificada de acordo com a classificação portuguesa das profissões de 2010 (INE, 2011)

↳ a idade da aposentação foi agrupada de acordo com o por data (<http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+do+sexo+feminino+segundo+os+Censos+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+++3>)

Tabela II – Caracterização do tipo de dependência das participantes

		Frequência
Mobilidade comprometida	sim	8
	não	2
Índice de Katz	Independente	7
	Parcialmente Dependente	3
Tipos de Apoio	Cuidados pessoais	2
	Alimentação	2
	Auxílio na mobilidade	2
	Efetuar trabalhos domésticos	6
	Tratar de assuntos burocráticos	4
	Gerir dinheiro	4
	Ir às compras	7
	Passear ou realizar actividades de lazer	1
Frequência de Apoio	nenhuma	3
	1 vez por dia	2
	1 vez por semana	1
	1 vez por mês	4
Quem ajuda	Filho(a)(s)	3
	Irmã(o)(s)	1
	Neto(a)(s)	4
	Empregado(a)	1
	Vizinhos(as)	3
	Apoio Social/Instituição	1
	Ninguém	3

Tabela III – Caracterização das práticas de saúde das participantes

		Frequência
Onde recorre quando doente	Centro de Saúde	8
	Hospital Público	2
Doenças	Neurológicas	1
	Osteoarticulares	7
	Cardíacas	1
	Endócrinas	1
	De Cirurgia Geral	1
	Vasculares	2
	Respiratórias	1
	Psicológicas/Psiquiátricas	3
	Dermatológicas	1
	de Oftalmologia	3
	De OtorrinoLaringologia	3
	Hematológicas	1
	Neoplásicas	2
	Urológicas/Nefrológicas	2
	De Gastrenterologia	2
	Doenças diagnosticadas por	Médico de Família
Médico de Especialidade		5
Tratamentos	Fisioterapia	2
	Medicamentos	8
Medicamentos indicados por	Médico de Família	5
	Médico de Especialidade	5
Quantos medicamentos toma por dia	0	1
	1 a 3	2
	4 a 6	4
	7 a 10	2
	Mais de 10	1
Idas a serviços de saúde (por ano)	1 a 3	4
	4 a 6	3
	7 a 10	3
Acompanhado(a) regularmente por médico(a)	Sim	7
	Não	3
Acompanhado(a) regularmente por enfermeiro(a)	Sim	3
	Não	7

Tabela IV – Caracterização das práticas quotidianas das participantes

		Frequência
Há quanto tempo está só	1 a 5 anos	4
	5 a 10 anos	4
	Mais de 10 anos	2
Frequência de saída de casa	Nunca	1
	Quase nunca	2
	Diariamente	6
	1 vez por semana	1
Religião	Católica	10
Sente-se sozinha	Sim	9
	Não	1
Formas de Ocupação do dia-a-dia	Ver televisão	7
	Ouvir rádio	3
	Trabalhos domésticos	5
	Passear	5
	Leitura	5
	Costura/Bricolage/Jardinagem	3
	Convívio	3
	Igreja/Atividades religiosas	2
	Sempre sozinho(a)	3
	Centro de dia	1
	Lazeres culturais	2
	Apoio Voluntário	1
	Visita a coletividades	1
	Descansar	5
	Outras ocupações	2
Necessidades principais	Ajuda para as tarefas básicas	6
	Companhia/conversa	6
	Melhores condições de habitação	1
	Ajuda a deslocar-se ao exterior	4
	Formas de ocupar o tempo	3
	Passear	6
	Nenhuma	1
Outra	1	

Tabela V – Resultados das escalas do isolamento social utilizadas

		Frequência
Escala de Lubben (LSNS-6)	Isolada socialmente	9
	Não isolada socialmente	1
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	Menor satisfação	1
	Satisfação	6
	Maior satisfação	3

Tabela VI – Resultados pormenorizados da ESSS

Subescalas	Frequência	
	Satisfeitas	Não Satisfeitas
Amizade	8	2
Intimidade	4	6
Família	7	3
Actividades sociais	6	4

## APÊNDICE VII –Análise de Conteúdo segundo Bardin

Quadro I – Análise de conteúdo segundo Bardin (2009)

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Sobre o isolamento social	Causas	Fatores físicos	<p>“o barulho incomoda-me” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“já não tenho saúde” (Sr<sup>a</sup>. Liliana, 79 anos e Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“falta-me a energia, a vitalidade, o conseguir andar, o conseguir fazer as coisas, a saúde” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“ando cansada, é da idade, muito cansada” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“os meus joelhos não aguentam escadas” (Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos e Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p>
		Fatores psicológicos	<p>“sem saber o que falar (quando tem companhia)” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos))</p> <p>“fico cansada com mais pessoas” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“não quero fazer (atividades sociais)” (Sr<sup>a</sup>. Sara)</p>
		Fatores sociais	<p>“ninguém vai cá ver-me” (Sr<sup>a</sup>. Hilda, 86 anos)</p> <p>“as ajudantes não têm tempo para conversar” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos)</p> <p>“não tenho com quem falar” (Sr<sup>a</sup>. Roberta, 80 anos)</p> <p>“o meu marido e eu fazíamos tudo juntos (viúva)” (Sr<sup>a</sup>. Francisca, 69 anos)</p>
		Falta de recursos financeiros	<p>“ir para a reforma, gostava tanto de trabalhar (ter mais dinheiro)” (Sr<sup>a</sup>. Diana, 89 anos e Sr<sup>a</sup>. Bernardina, 85 anos)</p> <p>“(uma empregada) era muito bom, mas o dinheiro não chega” (Sr<sup>a</sup>. Hilda e Sr<sup>a</sup>. Mariana de 86 anos)</p>
		Fatores ambientais	<p>“não consigo subir e descer as escadas” (Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos e Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos)</p> <p>“lá fora, tenho medo de cair, os passeios...” (Sr<sup>a</sup>. Roberta, 80 anos)</p>
		Falta de família	<p>“(a família) tem a sua própria vida” (Sr<sup>a</sup>. Roberta, 80 anos)</p> <p>“os meus filhos já saíram (de casa) há muito tempo” (Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos)</p>
	Características	Viver só	<p>“os meus filhos já saíram (de casa) há muito tempo” (Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos e Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos)</p> <p>“estou sozinha, o meu marido já morreu alguns anos” (Sr<sup>a</sup>. Ana, 90 anos, Sr<sup>a</sup>. Mariana, 86 anos e Sr<sup>a</sup>. Sara, 89 anos)</p> <p>“Eu vivo só, sinto-me muito só” (Sr<sup>a</sup>. Mariana e Sr<sup>a</sup>. Hilda de 86 anos)</p>
		Sentir só	<p>“sem a minha família, sinto-me só” (Sr<sup>a</sup>. Roberta, 80 anos)</p>

			“já me habituei a estar só” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Estar sem amigos(as)	“Alguns amigos já se foram ou têm a sua própria família para estar com tempo” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos e Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “os amigos já se foram ou têm a sua própria família para estar e dar atenção” (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) “não consigo ir vê-lo (amigo)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “Eu vivo só, sinto-me muito só” (Sr <sup>a</sup> Mariana e Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Estar sem família	“(a família) tem a sua própria vida” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos, Sr <sup>a</sup> Sara, 89 anos e Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “não tenho cá a família” (Sr <sup>a</sup> Roberta, 80 anos, Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos e Sr <sup>a</sup> Liliana, 79 anos) “eu sinto tanto a sua falta” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
		Não ter a quem recorrer	“sozinha, não chamo ninguém” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “ninguém me vale” (Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos) “tenho medo, não ter a quem recorrer” (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
	Consequências	Tristeza	“os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “estava tão sozinha Sr <sup>a</sup> Enfermeira, que bom que veio cá ver-me (e muda de um semblante triste para um sorriso)” (Sr <sup>a</sup> .Mariana, 86 anos) “estava tão sozinha, ainda bem que a oiço Sr <sup>a</sup> . Enfermeira” (Sr <sup>a</sup> Hilda, 86 anos) “é uma tristeza estar sozinha” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos, Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos, Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Diana, 89 anos)
		Sentir-se só	“os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)” (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) “as enfermeiras ajudam noutras coisas (que não o sentir-se só)” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “que se há-de fazer, (uma pessoa viúva e idosa) tem de ser, sinto sinto (só)” (Sr <sup>a</sup> . Paulina, 87 anos)
		Sentir-se desvalorizada	“pouco há a fazer com(o) uma pessoa da minha idade” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos) “já ninguém quem saber, não me importo” (Sr <sup>a</sup> Ana, 90 anos)
		Sentir-se esquecida	“tenho medo, se me acontecer alguma coisa, não tenho a quem

			recorrer" (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos)
		Falta de apetite	"a comida não é como gosto (a que vem da instituição)" (Sr <sup>a</sup> - Ana, 90 anos) "já não tem o mesmo gosto (a comida)" (Sr <sup>a</sup> Ana, 90 anos e Sr <sup>a</sup> Sara, 89 anos)
Como impedir o isolamento social	Ter companhia	Família	"os meus netinhos, criei-os.. sem a minha família..(mostra-se triste)" (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos)
		Amigos(as)	"os(as) amigos(as) já se foram ou têm a sua própria família para estar e dar atenção" (Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) "muitos deles (amigos) já estão debaixo da terra ou não consigo sair para saber deles" (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Profissionais de saúde	"gosto sempre das enfermeiras do posto" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos e Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos) "talvez aquela senhora socia (assistente social) seja de ajudar, mas que há-de ela fazer?" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) "não há ninguém para ajudar e não quero ninguém a vir cá, a enfermeira pode, já a conheço" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Voluntários(as)	"gostava de ter alguém com quem falar, mas a Sr <sup>a</sup> . enfermeira diz quem vem cá, não gosto de gente estranha" (Sr <sup>a</sup> . Paulina, 87 anos) "Gosto e não gosto de ter com quem falar, mas a Sr <sup>a</sup> . enfermeira chega-me, não gosto de gente estranha" (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos) "era bom era (ter alguém para ajudar)" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Recursos da comunidade	"(uma empregada) era muito bom, mas o dinheiro não chega" (Sr <sup>a</sup> . Hilda e Sr <sup>a</sup> . Mariana, de 86 anos)
	Fazer actividades	Dentro de casa	"vem cá a vizinha ver-me" (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) "estes meus vizinhos, são novos, gostam muito de mim, deixam a filhinha deles vir para o pé de mim" (Sr <sup>a</sup> . Roberta, 80 anos) "fico a ver televisão" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Fora de casa	"vou ao Inatel nadar e fazer ioga e aquilo (tai-chi)" (Sr <sup>a</sup> . Diana, 89 anos) "fui ao cinema"(Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos) "fui à praia" (Sr <sup>a</sup> . Francisca, 69 anos) "vou ao café, ver as pessoas" (Sr <sup>a</sup> . Paulina, 87 anos)
	Outras necessidades sentidas	Alguém	Para ajudar na lida doméstica "era bom era (ter alguém para ajudar)" (Sr <sup>a</sup> . Mariana, Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)

		Para ajudar nas compras	“era bom era (ter alguém para ajudar)” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, Sr <sup>a</sup> . Hilda de 86 anos)
		Para ajudar na higiene corporal	“as meninas só vêm deixar a comida” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos) “vou aqui ao bidê e lavo-me por partes” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Para ajudar nos assuntos financeiros	“eu já não tenho cabeça, peço ao meu neto (para as contas da casa)” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “é a minha irmã, que é quase da minha idade, que me trata disso, mas ela só vem cá às vezes” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Para ajudar noutros assuntos da casa	“tenho uma piquena que ajuda, ela vai cá, mas é poucas vezes” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Nas idas às consultas de saúde	“custa-me tanto (ida às consultas)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos, Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos, Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos e Sr <sup>a</sup> . Liliana, 79 anos) “a minha amiga quando pode vai comigo, nos outros dias é muito difícil, e os bombeiros é caro” (Sr <sup>a</sup> . Bernardina, 85 anos)
		Para ir visitar amigos(as)	“não consigo ir vê-lo (amigo).. quem me tira daqui? só vou às consultas (com os bombeiros)” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Para ir visitar a família	“eu nunca saio, é o meu neto que vem cá” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos) “claro que gostava (de ir ver a irmã) mas não tenho forças” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)
		Para ir passear	“antes passeava, agora não há cabeça” (Sr <sup>a</sup> . Liliana, 79 anos) “não me atrevo a sair sozinha” (Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Para conversar	“venha cá mais vezes para conversar” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos e Sr <sup>a</sup> . Sara, 89 anos) “fique mais tempo, passo dias sem falar com ninguém” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos, Sr <sup>a</sup> . Hilda, 86 anos e Sr <sup>a</sup> . Mariana, 86 anos)
		Para passar o tempo	“o tempo passa ( <i>fácies triste</i> ) uns dias outros não” (Sr <sup>a</sup> . Ana, 90 anos)

## APÊNDICE VIII – Problemas Identificados em linguagem CIPE

Quadro II – Conversão de problemas em diagnósticos de enfermagem CIPE	
Problemas	Diagnósticos de Enfermagem
Isolamento social	<b>isolamento social</b> , socialização comprometida, falta de suporte social, apoio social comprometido, bem-estar social comprometido, ligação social comprometida
Falta de satisfação pessoal	<b>apoio emocional comprometido</b> , carência emocional, angústia, falta de esperança, força de vontade comprometida, insegurança, tristeza, bem-estar psicológico comprometido, inquietação, sentimentos de impotência
Maior dependência física	<b>mobilidade comprometida</b> , déficit de autocuidado, risco de queda, capacidade para manter a saúde, eliminação urinária comprometida, equilíbrio comprometido, fazer compras comprometido, fraqueza, intolerância à actividade, déficit sensorial, déficit no autocuidado, dor, desconforto, processo músculo-esquelético comprometido
Rendimentos insuficientes	<b>rendimento inadequado</b>
Menor proximidade física com a família	<b>suporte familiar comprometido</b> , ligação familiar comprometida

## APÊNDICE IX – Especificação detalhada das atividades

Especificação detalhada das atividades (Tavares, 1990)

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Entrevistas informais com as participantes</li> <li>↳ Reuniões com a equipa de enfermagem, a equipa médica e a assistente social da USF Tejo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Aluna de mestrado</li> <li>↳ Enfermeiras(o), médicos(as) e assistente social da USF Tejo</li> <li>↳ Participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Outubro de 2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ USF Tejo</li> <li>↳ Domicílios das participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Presencial</li> <li>↳ Entrevista</li> <li>↳ Pesquisa Bibliográfica</li> <li>↳ Programa informático SINUS (seleção de idosos(as) inscritos(as) que vivam sós)</li> <li>↳ Computador</li> <li>↳ Telefone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Identificar as situações de isolamento social na população idosa da USF Tejo</li> <li>↳ Caracterizar sociodemograficamente as participantes</li> <li>↳ Caracterizar o tipo de dependência das participantes</li> <li>↳ Caracterizar as práticas de saúde das participantes</li> <li>↳ Caracterizar as práticas do quotidiano das participantes</li> <li>↳ Identificar as necessidades sentidas pelas participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Foram realizadas 10 entrevistas às 10 participantes</li> <li>↳ Foram realizadas três entrevistas à equipa médica</li> <li>↳ Foram realizadas mais de dez entrevistas à equipa de enfermagem</li> <li>↳ Foram realizadas duas entrevistas à Assistente social da USF Tejo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Contacto telefónico com a Assistente Social da USF Tejo</li> <li>↳ Entrevista informal à equipa de enfermagem</li> <li>↳ Reunião com Assistente Social da USF Tejo</li> <li>↳ Reunião com Assistente Social do Centro Paroquial de Moscavide</li> <li>↳ Contacto telefónico com Agente da PSP</li> <li>↳ Reunião com Assistente Técnica da Santa Casa da Misericórdia</li> <li>↳ Reunião com Assistente Técnica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Participantes</li> <li>↳ Aluna de mestrado</li> <li>↳ Assistente Social da USF Tejo</li> <li>↳ Assistente Social do Centro Paroquial de Moscavide Dr<sup>a</sup>. Inês Gaiolas</li> <li>↳ Agente da PSP</li> <li>↳ Assistente Técnica da Santa Casa da Misericórdia</li> <li>↳ Assistente Técnica do Centro de Dia Social e Comunitário da Junta de Freguesia de Moscavide e da Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Novembro e Dezembro de 2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ USF Tejo</li> <li>↳ Centro Paroquial de Moscavide</li> <li>↳ 39<sup>a</sup> Esquadra PSP</li> <li>↳ Santa Casa da Misericórdia de Moscavide</li> <li>↳ Centro de Dia Social e Comunitário da Junta de Freguesia de Moscavide</li> <li>↳ Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idoso de Moscavide</li> <li>↳ Espaço Crescer-associação vida abundante</li> <li>↳ Escola Superior de Enfermagem de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Presencial</li> <li>↳ Telefone</li> <li>↳ Internet</li> <li>↳ Pesquisa Bibliográfica</li> <li>↳ Entrevistas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Identificar as respostas locais pelos recursos comunitários locais, de concelho e de proximidade distrital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Foram realizados três contactos telefónicos à Assistente Social da USF Tejo</li> <li>↳ Foram realizadas quatro entrevistas à equipa de enfermagem</li> <li>↳ Foram realizadas todas as reuniões programadas</li> <li>↳ Foram realizados todos os contactos telefónicos programados</li> </ul>

<p>do Centro de Dia Social e Comunitário da Junta de Freguesia de Moscavide e da Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idoso de Moscavide</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Reunião com Assistente Social do Espaço Crescer</li> <li>▾ Reunião com Professora Assistente da ESEL</li> <li>▾ Contacto com Assistente da Vereação da Área Social de Loures</li> <li>▾ Reunião com o Responsável pela Área Social da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa</li> <li>▾ Pesquisa e Contacto com responsáveis de projectos de voluntariado em Loures e Lisboa</li> </ul>	<p>de Moscavide</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Assistente Social do Espaço Crescer</li> <li>▾ Professora Assistente da ESEL</li> <li>▾ Assistente da Vereação da Área Social de Loures</li> <li>▾ Responsável pela Área Social da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa</li> <li>▾ Responsáveis de projectos de voluntariado em Loures e Lisboa</li> <li>▾ Assistente no Departamento de Desenvolvimento Social da Câmara Municipal de Lisboa</li> </ul>		<p>Lisboa (ESEL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Santa Casa da Misericórdia de Lisboa</li> <li>▾ Responsáveis de projectos de voluntariado em Loures e Lisboa</li> <li>▾ Assistente no Departamento de Desenvolvimento Social da Câmara Municipal de Lisboa</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Pesquisa bibliográfica sobre a implementação de projetos de voluntariado</li> <li>▾ Visitas domiciliárias semanais às</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Aluna de mestrado</li> <li>▾ Participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Novembro de 2015 a Fevereiro de 2016</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ USF Tejo</li> <li>▾ Domicílio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Presencial</li> <li>▾ Telefone</li> <li>▾ Entrevistas</li> <li>▾ Pesquisa Bibliográfica</li> <li>▾ Apresentação em Powerpoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Promover respostas face às necessidades/problemas das participantes</li> <li>▾ Promover a adoção de comportamentos saudáveis nas participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▾ Foram realizadas visitas domiciliárias, às participantes que não se podiam deslocar e de acordo com a sua vontade</li> <li>▾ Foram realizados</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>participantes</li> <li>↳ Contactos semanais com as participantes, telefonicamente</li> <li>↳ Contactos semanais com as participantes, presencialmente, na USF Tejo</li> <li>↳ Sessões de educação para a saúde sobre Quedas e Recursos Comunitários</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Folhetos informativos</li> </ul>		<p>contactos telefónicos semanais com as participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↳ Foram realizados contactos semanais na USF Tejo de acordo com a disponibilidade das participantes</li> <li>↳ Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde na USF Tejo, sob dois temas diferentes</li> <li>↳ Foram realizadas seis sessões de educação para a saúde, individualmente, nos domicílios das participantes que não se podiam deslocar</li> </ul> <p>Foram realizados dois folhetos informativos e dois pósteres correspondentes a cada sessão de educação</p>
---	--	--	--	---	--	--

## APÊNDICE X – Sessões de Educação para a Saúde

<b>Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Projeto</b>	Isolamento Social em Idosos(as)
<b>Tema</b>	Exercício Físico e Prevenção de Quedas
<b>Destinatários(as)</b>	Idosos(as) da USF Tejo
<b>Data</b>	22 de Janeiro de 2016
<b>Horário</b>	14h30
<b>Local</b>	USF Tejo
<b>Duração</b>	45 minutos
<b>Formadora</b>	Enf <sup>a</sup> . Filipa Santos
<b>Objetivo Geral</b>	Informar sobre a importância do exercício físico e sobre a prevenção de quedas e promover a interação social
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊃ Esclarecer sobre o que é o exercício físico</li> <li>⊃ Identificar os benefícios e as práticas do exercício físico</li> <li>⊃ Motivar para a prática de exercício físico regular</li> <li>⊃ Identificar as situações que constituem maior risco de queda</li> <li>⊃ Identificar as situações, face à prevenção de quedas, em que é necessário pedir ajuda</li> <li>⊃ Identificar como atuar dentro e fora de casa para evitar as quedas</li> <li>⊃ Promover a aquisição de conhecimentos sobre como atuar em caso de queda</li> </ul>

<b>Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde</b>				
<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Tempo (min)</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Apresentação da formadora e de cada participante</li> <li>⌞ Apresentação do tema e objectivos da sessão</li> <li>⌞ Informação sobre a duração da sessão e sobre posteriores sessões</li> <li>⌞ Validação sobre os conhecimentos prévios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método e técnica expositiva</li> <li>⌞ Método e técnica Interrogativa</li> </ul>	Powerpoint e tablet	10
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ O que é o exercício físico</li> <li>⌞ Benefícios do exercício físico</li> <li>⌞ Práticas de exercício físico</li> <li>⌞ Prevenção de quedas, na rua, em casa, especificamente quarto, sala, casa de banho e cozinha</li> <li>⌞ Atuação em caso de queda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método e técnica expositiva e interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica demonstrativa</li> <li>⌞ Método activo com técnica de exercícios práticos</li> </ul>	Powerpoint e tablet	20
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Breve síntese da sessão</li> <li>⌞ Esclarecimento de dúvidas</li> <li>⌞ Avaliação formativa (observação direta)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método expositivo e interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica demonstrativa</li> <li>⌞ Método e técnica interrogativa</li> </ul>	Powerpoint e tablet Folheto informativo	15

# PREVENÇÃO DE QUEDAS e EXERCÍCIO FÍSICO

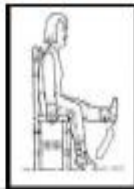
6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

# PREVENÇÃO DE QUEDAS e Exercício Físico

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Discente Filipa Santos  
Docente Orientadora Maria Manuel Quintela  
Enfermeira Orientadora Fernanda Carneiro

# EXERCÍCIO FÍSICO



## Melhora



## Ajuda



## Como?



# PREVENÇÃO DE QUEDAS



Ver



Espaço



Pedir ajuda



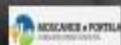
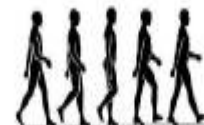
Exercício



CUIDADO com o piso



Andar



Tomar



na dose e hora certa

Escadas





# Apoios



# EM CASA



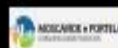
# Iluminação



# CUIDADO com os fios



# Telefone à mão



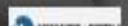
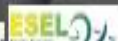
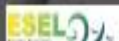
# Tapetes



# Calçado



# CUIDADO roupa comprida





Desligar

Microondas







depois de utilizar

CUIDADO  
animais domésticos



Arrumar móveis



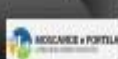

no Quarto

Cama



Mesa de Cabeceira





Interruptores da luz

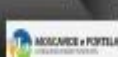




À sua altura







# na Casa de Banho

## Piso Antiderrapante e seco



## Corrimões de segurança



## Interruptor em zona seca



NÃO trancar  
a porta



# na Cozinha

Não  
sobrecarregar  
a porta do  
frigorífico



# na Sala

## Iluminação



## Cadeiras, sofás, poltronas



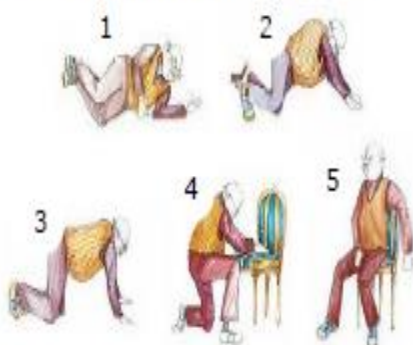
CUIDADO  
esquinas da  
mesa

Evitar objectos  
pesados



Evitar tapetes

## Se cair, o que fazer?



## Se não conseguir



**Bibliografia**

- DGS (2001). "Quem eu? Exercício?" exercício sem risco para lá dos sessenta. *Autocuidados na doença e na saúde: Guia para as Pessoas Idosas*. Lisboa
- DGS (s.d). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido em 04-01-2016. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx+&od=2&hl=pt-PT&ct=dnk&gl=pt>

<b>Plano da 2ª, 3ª e 4ª Sessões de Educação para a Saúde</b>	
<b>Projeto</b>	Isolamento Social em Idosos(as)
<b>Tema</b>	Exercício Físico e Prevenção de Quedas
<b>Destinatários(as)</b>	Participantes do projeto de intervenção do isolamento social da USF Tejo, que não conseguem deslocar-se à USF Tejo
<b>Data</b>	18, 19 e 21 de Janeiro de 2016
<b>Horário</b>	11h
<b>Local</b>	Domicílios de 3 participantes
<b>Duração</b>	45 minutos
<b>Formadora</b>	Enfª. Filipa Santos
<b>Objetivo Geral</b>	Informar sobre a importância do exercício físico e sobre a prevenção de quedas
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Esclarecer sobre o que é o exercício físico</li> <li>⌞ Identificar os benefícios e as práticas do exercício físico</li> <li>⌞ Motivar para a prática de exercício físico regular</li> <li>⌞ Identificar as situações que constituem maior risco de queda</li> <li>⌞ Identificar as situações, face à prevenção de quedas, em que é necessário pedir ajuda</li> <li>⌞ Identificar como atuar dentro e fora de casa para evitar as quedas</li> <li>⌞ Promover a aquisição de conhecimentos sobre como atuar em caso de queda</li> </ul>

<b>Plano da 2ª, 3ª e 4ª Sessões de Educação para a Saúde</b>				
<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Tempo (min)</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Apresentação da formadora</li> <li>⌞ Apresentação do tema e objectivos da sessão</li> <li>⌞ Informação sobre a duração da sessão e sobre posteriores sessões</li> <li>⌞ Validação sobre os conhecimentos prévios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica Interrogativa</li> </ul>		10
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ O que é o exercício físico</li> <li>⌞ Benefícios do exercício físico</li> <li>⌞ Práticas de exercício físico</li> <li>⌞ Prevenção de quedas, na rua, em casa, especificamente quarto, sala, casa de banho e cozinha</li> <li>⌞ Atuação em caso de queda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica demonstrativa</li> <li>⌞ Método activo com técnica de exercícios práticos</li> </ul>	Panfleto	20
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Breve síntese da sessão</li> <li>⌞ Esclarecimento de dúvidas</li> <li>⌞ Avaliação formativa e observação direta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica demonstrativa</li> <li>⌞ Método e técnica interrogativa</li> </ul>	Folheto informativo	15

## Na COZINHA

- Armários, prateleiras e equipamentos ao seu alcance (não demasiado altos ou baixos)



- Não sobrecarregar a porta do frigorífico

## Na SALA

- Boa iluminação
- Cadeiras e poltronas fáceis de sentar e levantar



- Evitar tapetes na mesa de jantar
- Evitar esquinas de metal, vidro ou outro material cortante

## E SE CAIR? O QUE FAZER?



- 1 – Rodar de forma a ficar de barriga para baixo.
- 2 – Tentar dobrar-se sobre o estômago e colocar-se de gatas, com as mãos bem assentes no chão.
- 3 – Gatinhar até uma peça de mobília estável que se encontre perto de si.
- 4 – Colocar as mãos sobre ela e pôr um dos pés à frente, bem assente no chão, e fazer esforço para se levantar.
- 5 – Se possível sentar-se nessa ou noutra peça de mobília para poder descansar para posteriormente pedir ajuda ou voltar a andar.

### Se não conseguir levantar-se, tente:

- ⓐ Pedir ajuda (gritar, fazer barulho, telefonar)
- ⓑ Manter-se quente até chegar ajuda (tapal-se com manta, tapete, casaco)



Familiares  
Amigos  
Vizinhos  
112


Realizado por Filipa Santos – 6ª mestrado em Enfermagem na Área de especialização de Enfermagem Comunitária, ESEI



# PREVENÇÃO DE QUEDAS



## COMO PREVENIR

Ver bem o espaço 



Exercício físico

Andar ao seu ritmo



Tomar os medicamentos prescritos na hora e dose certa



Em escadas, pôr muito bem os pés nos degraus, olhe bem o caminho, não se distraia ou carregue algo que lhe tape a visão



Se utilizar uma bengala ou outro apoio, ter a certeza que é a correcta para a sua altura e que a utiliza no lado correcto

## EM CASA



Boa iluminação

Lâmpadas fáceis de trocar

Uma Luz acesa durante a noite

Ter o telefone num local fácil



Evitar tapetes que não estejam presos ao chão e arrumar móveis

Não deixar fios espalhados em casa, prendê-los à parede



Ter cuidado quando veste camisas, camisolas ou roupões compridos

Optar por calçado fechado



Desligar forno, microondas, ferro de passar a roupa, depois de os utilizar



Ter atenção aos animais domésticos soltos em casa

## NO QUARTO

A cama deve ter uma altura que permita colocar os pés no chão

Os interruptores da luz devem estar perto da cama



## Na CASA DE BANHO

Piso da casa de banho antiderrapante, e se molhado deve ser seco de imediato

Ter corrimões/barras de segurança/apoio

Não trancar a porta da casa de banho



<b>Plano da 5ª Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Projeto</b>	Isolamento Social em Idosos(as)
<b>Tema</b>	Recursos da comunidade
<b>Destinatários(as)</b>	Participantes do projeto de intervenção do isolamento social da USF Tejo
<b>Data</b>	28 de Janeiro de 2016
<b>Horário</b>	14h30
<b>Local</b>	USF Tejo
<b>Duração</b>	45 minutos
<b>Formadora</b>	Enfª. Filipa Santos
<b>Objetivo Geral</b>	Informar sobre os recursos, de natureza social, da comunidade e promover a interacção social
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌵ Esclarecer sobre o que são os recursos comunitários, os seus objectivos e que serviços os constituem</li> <li>⌵ Identificar os recursos comunitários locais</li> <li>⌵ Especificar os recursos comunitários consoante a freguesia e área de acção</li> <li>⌵ Motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis de interacção social</li> </ul>

<b>Plano da 5ª Sessão de Educação para a Saúde</b>				
<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Tempo (min)</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Apresentação da formadora e de cada participante</li> <li>⌞ Apresentação do tema e objectivos da sessão</li> <li>⌞ Informação sobre a duração da sessão e sobre posteriores sessões</li> <li>⌞ Validação sobre os conhecimentos prévios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método e técnica expositiva (lição)</li> <li>⌞ Método e técnica Interrogativa (perguntas)</li> </ul>	Powerpoint e tablet	10
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ O que são, quais os objectivos e serviços dos recursos comunitários</li> <li>⌞ Quem e como pode usufruir dos recursos comunitários</li> <li>⌞ Onde se situam os recursos da comunidade</li> <li>⌞ Os serviços específicos de cada recurso comunitário e seus horários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método e técnica expositiva e interactivo</li> </ul>	Powerpoint e tablet	20
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Breve síntese da sessão</li> <li>⌞ Esclarecimento de dúvidas</li> <li>⌞ Avaliação formativa e observação direta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica interrogativa</li> </ul>	Powerpoint e tablet  Folheto informativo	15

# RECURSOS DA COMUNIDADE

de natureza Social  
- População Adulta-

# RECURSOS DA COMUNIDADE

de natureza Social  
- População Adulta-

6º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Discente Filipa Santos  
Docente Orientadora Maria Manuel Quintela  
Enfermeira Orientadora Fernanda Carneiro

## RECURSOS DA COMUNIDADE

Apoio  
Meio social  
Serviços e equipamentos

AJUDA ALIMENTAR



Apoio AJUDAS TÉCNICAS  
Domiciliário



- GABINETE DO SERVIÇO SOCIAL

## AJUDA ALIMENTAR



## AJUDAS TÉCNICAS





## APOIO DOMICILIÁRIO



## CENTRO DE CONVÍVIO



## CENTRO DE DIA



## RECURSOS SOCIAIS DA COMUNIDADE MOSCAVIDE



## AJUDA ALIMENTAR



- CREVIDE - CRECHE POPULAR DE MOSCAVIDE

## Apoio Domiciliário



- ASSOCIAÇÃO VIDA ABUNDANTE - ESPAÇO CRESCER
- CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE MOSCAVIDE
- SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOSCAVIDE



- CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE MOSCAVIDE
- COMISSÃO UNITÁRIA DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOSCAVIDE (CURPIM)

## CENTRO DE DIA



- ASSOCIAÇÃO VIDA ABUNDANTE – ESPAÇO CRESCER
- CENTRO DE DIA SOCIAL E COMUNITÁRIO DA JUNTA DE MOSCAVIDE E PORTELA
- CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE MOSCAVIDE
- COMISSÃO UNITÁRIA DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOSCAVIDE (CURPIM)

## RECURSOS SOCIAIS DA COMUNIDADE PORTELA



## AJUDA ALIMENTAR



- CONFERÊNCIA VICENTINA DO CRISTO REI DA PORTELA
- OBRA DA NOSSA SENHORA DA PURIFICAÇÃO
- ROTARY DA PORTELA (JUNTA DE FREGUESIA)

## BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS



- BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS NA JUNTA DE FREGUESIA DE MOSCAVIDE E PORTELA

## Apoio Domiciliário



- CENTRO SOCIAL E CULTURAL DA PARÓQUIA DA PORTELA

## BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS



- BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS NA JUNTA DE FREGUESIA DE MOSCAVIDE E PORTELA



## Apoio Domiciliário



- CENTRO SOCIAL E CULTURAL DA PARÓQUIA DA PORTELA



## CENTRO DE CONVÍVIO



- CENTRO SOCIAL E CULTURAL DA PARÓQUIA DA PORTELA



- BANCO DO TEMPO DA PORTELA

Muito Obrigada!



## Colaboração

- USF Tejo – equipa de enfermagem, equipa médica, assistente social
- Recursos sociais da comunidade e seus representantes
- PSP- 39ª esquadra de Sacavém

## Bibliografia

- Instituto da Segurança Social (2015). *Guia prático Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Disponível em <http://www.seg-social.pt/idosos>
- <http://www.certasocial.pt/conceitos.php> acedido a 26-01-2016.

<b>Plano da 6, 7ª e 8ª Sessões de Educação para a Saúde</b>	
<b>Projeto</b>	Isolamento Social em Idosos(as)
<b>Tema</b>	Recursos da comunidade
<b>Destinatários(as)</b>	Participantes do projeto de intervenção do isolamento social da USF Tejo, que não se conseguem deslocar à USF Tejo
<b>Data</b>	25, 26 e 27 de Janeiro de 2016
<b>Horário</b>	11h
<b>Local</b>	Domicílios de 3 participantes
<b>Duração</b>	45 minutos
<b>Formadora</b>	Enfª. Filipa Santos
<b>Objectivo Geral</b>	Informar sobre os recursos, de natureza social, da comunidade e promover a interacção social
<b>Objectivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Esclarecer sobre o que são os recursos comunitários, os seus objectivos e que serviços os constituem</li> <li>⌞ Identificar os recursos comunitários locais</li> <li>⌞ Especificar os recursos comunitários consoante a freguesia e área de acção</li> <li>⌞ Motivar a adoção de comportamentos mais saudáveis de interacção social</li> </ul>

<b>Plano da 6ª, 7ª e 8ª Sessões de Educação para a Saúde</b>				
<b>Fase</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos materiais</b>	<b>Tempo (min)</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Apresentação da formadora</li> <li>⌞ Apresentação do tema e objectivos da sessão</li> <li>⌞ Informação sobre a duração da sessão e sobre posteriores sessões</li> <li>⌞ Validação sobre os conhecimentos prévios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica Interrogativa</li> </ul>		10
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ O que são, quais os objectivos e serviços dos recursos comunitários</li> <li>⌞ Quem e como pode usufruir dos recursos comunitários</li> <li>⌞ Onde se situam os recursos da comunidade</li> <li>⌞ Os serviços específicos de cada recurso comunitário e seus horários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> </ul>	Folheto informativo	20
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Breve síntese da sessão</li> <li>⌞ Esclarecimento de dúvidas</li> <li>⌞ Avaliação formativa e observação directa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⌞ Método interactivo</li> <li>⌞ Método e técnica interrogativa</li> </ul>	Folheto informativo	15



#### ROTARY DA PORTELA



##### Ajuda Alimentar

Av. República  
2685 Portela  
Tel: 219436375  
Site: <http://www.rotaryd1960.pt/rotary-clube-da-portela>  
<https://pt-pt.facebook.com/Rotary-Clube-da-Portela-161944693856651/timeline/>

#### CONFERÊNCIA VICENTINA DO CRISTO REI DA PORTELA



##### Ajuda Alimentar

Avenida dos Descobrimentos nº 4  
2685-194 Portela  
Tel: 219444872  
Site: <http://www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/coferencia-vicentina>  
E-mail: [crstorei.poretela@sapo.pt](mailto:crstorei.poretela@sapo.pt)

#### CENTRO SOCIAL E CULTURAL DA PARÓQUIA DA PORTELA



##### Centro de convívio, Apoio domiciliário

Avenida das Descobertas nº4  
2685-319 Portela  
Tel: 219444872  
Site: <http://www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/centro-social>  
E-mail: [crstorei.poretela@sapo.pt](mailto:crstorei.poretela@sapo.pt)



#### BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS



##### Ajudas Técnicas

Avenida da República (Ex Escola Vasco da Gama) Apartado 608  
2685-232 Portela-LRS  
Tel: 219 446 417  
Site: <http://www.if-moscavideportela.pt/pages/ajudas-tecnicas.php>  
E-mail: [secretaria@jf-moscavideportela.pt](mailto:secretaria@jf-moscavideportela.pt)

#### BANCO DO TEMPO



##### Troca de serviços

Avenida da República (Ex Escola Vasco da Gama) Apartado 608  
2685-232 Portela-LRS  
Tel: 219 446 417  
Site: <http://www.if-moscavideportela.pt/pages/ajudas-tecnicas.php>  
E-mail: [secretaria@jf-moscavideportela.pt](mailto:secretaria@jf-moscavideportela.pt)



# RECURSOS COMUNITÁRIOS

## de natureza Social - População Adulta -



Realizado por Filipa Santos - 6º mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária, ESEL

USF Tejo: 219449210

Janeiro 2016



## RECURSOS COMUNITÁRIOS

## de natureza Social

## - População Adulta -



### O que são?

Respostas de apoio social.

### Objectivo?

Privilegiar a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social.  
Promover o apoio aos utentes.

### Como?

Através de serviços e equipamentos adequados, em função das necessidades e do grau de autonomia dos utentes.

### GABINETE DO SERVIÇO SOCIAL

ACES Loures/Odivelas  
URAP-SJT – Dra. Ma Fátima Silva  
Rua Maria da Conceição Costa  
Bairro Operário  
2695-845 São João da Talha  
Tel: 219959969



### No PARQUE DAS NAÇÕES- MOSCAVIDE

### ASSOCIAÇÃO VIDA ABUNDANTE

Centro de dia, Apoio domiciliário  
Rua Padre Abel Varzim nº 13 - Loja  
Bairro Casal dos Machados  
1800-291 Lisboa  
Tel: 218551456, 936978289  
Site: <http://www.avabundante.org/ava.htm>  
E-mail: [espaco.crescer@avabundante.org](mailto:espaco.crescer@avabundante.org)



### Em MOSCAVIDE

### CREVIDE – CRECHE POPULAR DE MOSCAVIDE

Ajuda Alimentar  
Rua Artur Ferreira da Silva 18  
1885-010 Moscavide  
Tel: 219446086  
Site: <http://www.crevide.pt/>  
E-mail: [geral@crevide.pt](mailto:geral@crevide.pt)



### CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE MOSCAVIDE

Centro de dia, Centro de convívio,  
Apoio domiciliário

Praceta do Centro Social  
1885-021 Moscavide  
Tel: 219444301  
Site: <http://www.centrosocialparoquialde.moscavide.org/>  
E-mail: [cspmoscavide@sapo.pt](mailto:cspmoscavide@sapo.pt)



### CENTRO DE DIA SOCIAL E COMUNITÁRIO DA JUNTA DE MOSCAVIDE E PORTELA

Centro de dia, Apoio domiciliário  
Rua Maria do Rosário Patação  
nº18 R/C  
1885-027 Moscavide  
Tel: 219456693  
Site: <http://www.jf.moscavideportela.pt/pagres/cdisc.php>  
E-mail: [info@jf-moscavideportela.pt](mailto:info@jf-moscavideportela.pt)



### COMISSÃO UNITÁRIA DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOSCAVIDE (CURPIM)

Centro de dia, Centro de convívio  
Rua Maria do Rosário Patação nº18 R/C  
1885-027 Moscavide  
Tel: 219447964



### SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOSCAVIDE

Apoio domiciliário  
Avenida de Moscavide  
nº27, 1ªEsq  
1885-064 Moscavide  
Tel: 219431812  
Site: <https://pt-pt.facebook.com/Santa-Casa-Da-Miseric%C3%B3rdia-de-Moscavide-121750567961229/>  
E-mail: [servicosocial@santacasamoscavide.pt](mailto:servicosocial@santacasamoscavide.pt)



### Na PORTELA

### OBRA DE NOSSA SENHORA DA PURIFICAÇÃO

Ajuda Alimentar  
Estrada da Circunvalação, 5  
LISBOA, 1800-134  
Tel: 219434433  
E-mail: [nspur\\_lisboa@sapo.pt](mailto:nspur_lisboa@sapo.pt)



## APÊNDICE XI – Pósteres

# EXERCÍCIO FÍSICO



para ter mais  
força



para ter mais  
equilíbrio



para dormir  
melhor



para manter o  
coração  
saudável



## para PREVENIR AS QUEDAS



### FORA DE CASA



- Ver por onde anda
- Colocar bem os pés no chão
- Ao subir ou descer escadas, não carregar algo que lhe tape a visão
- Andar ao seu ritmo e não tentar andar demasiado rápido
- Evitar o chão molhado
- Passar na passadeira e no sinal verde para peões
- Tomar os medicamentos certos, na hora certa e na dose certa
- Se utilizar uma bengala ou outro apoio, ter a certeza que é a correcta para a sua altura e que a utiliza no lado correcto



### DENTRO DE CASA

- Manter uma boa iluminação
- Deixar uma luz acesa à noite
- Evitar fios espalhados, tapetes soltos, roupa comprida, calçado aberto, e animais domésticos, para não tropeçar
- Ter o telefone à mão
- Desligar forno, microondas, ferro de passar a roupa, depois de os utilizar
- Armários, prateleiras, equipamentos, interruptores de luz ao seu alcance (não demasiado altos ou baixos)
- Evitar colocar peso na porta do frigorífico
- Ajustar altura da cama, para conseguir colocar os pés no chão
- Na casa de banho, ter em atenção ao piso, para não escorregar e pode utilizar corrimões/barras de segurança para se apoiar
- Na casa de banho, não trancar a porta à chave



**Se cair,  
gritar por ajuda, fazer barulho ou telefonar  
Familiares, vizinhos, amigos, 112**



# RECURSOS COMUNITÁRIOS de natureza Social - População Adulta -

São respostas de apoio social, com o **objectivo** de privilegiar a manutenção dos utentes no seu meio familiar e social e promover o apoio aos utentes, **através** de serviços e equipamentos adequados, em função das necessidades e do grau de autonomia dos utentes.



**GABINETE DO SERVIÇO SOCIAL**, ACES Loures/Odivelas, URAP-SJT – Dr.ª. M.ª Fátima Silva  
Rua Maria da Conceição Costa, Bairro Operário, 2695-845 São João da Talha, Tel: 219959969



## PARQUE DAS NAÇÕES/MOSCAVIDE

**Centro de dia, Apoio domiciliário: ASSOCIAÇÃO VIDA ABUNDANTE**

Rua Padre Abel Varzim nº 13 - Loja, Bairro Casal dos Machados, 1800-291 Lisboa

Tel: 218551456, 936978289, Site: <http://www.avabundante.org/ava.htm>, E-mail: [espaco.crescer@avabundante.org](mailto:espaco.crescer@avabundante.org)

## MOSCAVIDE

**Centro de dia, Centro de convívio, Apoio domiciliário**

**CENTRO SOCIAL PAROQUIAL DE MOSCAVIDE**

Praceta do Centro Social

1885-021 Moscavide

Tel: 219444301

Site: <http://www.centrosocialparoquialdemoscavide.org/>

E-mail: [cspmoscavide@sapo.pt](mailto:cspmoscavide@sapo.pt)

**Apoio domiciliário**

**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE MOSCAVIDE**

Avenida de Moscavide, nº27, 1.ºEsq, 1885-064

Moscavide, Tel: 219431812

Site: <https://pt-pt.facebook.com/Santa-Casa-Da-Miseric%C3%B3rdia-de-Moscavide-121750567961229/>

E-mail: [servicosocial@santacasamoscavide.pt](mailto:servicosocial@santacasamoscavide.pt)

**Centro de dia, Centro de convívio**

**COMISSÃO UNITÁRIA DE REFORMADOS PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOSCAVIDE (CURPIM)**

Rua Maria do Rosário Patacão nº18 R/C

1885-027 Moscavide

Tel: 219447964

**Ajuda Alimentar**

**CREVIDE – CRECHE POPULAR DE MOSCAVIDE**

Rua Artur Ferreira da Silva 18,

1885-010 Moscavide Tel:

219446086

Site: <http://www.crevide.pt/>

E-mail: [geral@crevide.pt](mailto:geral@crevide.pt)

**Centro de dia,**

**Apoio domiciliário**

**CENTRO DE DIA SOCIAL E COMUNITÁRIO DA JUNTA DE MOSCAVIDE E PORTELA**

Rua Maria do Rosário Patacão nº18 R/C

1885-027 Moscavide

Tel: 219456693

Site: <http://www.jf-moscavideportela.pt/pages/cdsc.php>

E-mail: [info@jf-moscavideportela.pt](mailto:info@jf-moscavideportela.pt)

## PORTELA

**Ajuda Alimentar**

**OBRA DE NOSSA SENHORA DA PURIFICAÇÃO**

Estrada da Circunvalação, 5

LISBOA, 1800-134

Tel: 219434433

E-mail: [nspur\\_lisboa@sapo.pt](mailto:nspur_lisboa@sapo.pt)

**Centro de convívio,**

**Apoio domiciliário**

**CENTRO SOCIAL E CULTURAL DA PARÓQUIA DA PORTELA**

Avenida das Descobertas nº4

2685-319 Portela

Tel: 219444872

Site: <http://www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/centro-social>

E-mail: [cristorei.portela@sapo.pt](mailto:cristorei.portela@sapo.pt)

**Ajuda Alimentar**

**ROTARY DA PORTELA**

Av. República

2685 Portela

Tel: 219436375

Site: <http://www.rotaryd1960.pt/rotary-clube-da-portela>

<https://pt-pt.facebook.com/Rotary-Clube-da-Portela-161944693856651/timeline/>

<https://pt-pt.facebook.com/Rotary-Clube-da-Portela-161944693856651/timeline/>

<https://pt-pt.facebook.com/Rotary-Clube-da-Portela-161944693856651/timeline/>

**Ajudas Técnicas**

**BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS**

Avenida da República (Ex Escola

Vasco da Gama) Apartado 608

2685-232 Portela-LRS

Tel: 219 446 417

Site: <http://www.jf-moscavideportela.pt/pages/ajudas-tecnicas.php>

E-mail: [secretaria@jf-moscavideportela.pt](mailto:secretaria@jf-moscavideportela.pt)

**Ajuda Alimentar**

**CONFERÊNCIA VICENTINA DO CRISTO REI DA PORTELA**

Avenida dos

Descobrimientos nº 4

2685-194 Portela

Tel: 219444872

Site: <http://www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/coferencia-vicentina>

[www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/coferencia-vicentina](http://www.paroquiaportela.pt/2012-11-08-11-39-23/socio-cultural/coferencia-vicentina)

E-mail: [cristorei.portela@sapo.pt](mailto:cristorei.portela@sapo.pt)

**Troca de serviços**

**BANCO DO TEMPO**

Avenida da República (Ex Escola

Vasco da Gama) Apartado 608

2685-232 Portela-LRS

Tel: 219 446 417

Site: <http://www.jf-moscavideportela.pt/pages/ajudas-tecnicas.php>

E-mail: [secretaria@jf-moscavideportela.pt](mailto:secretaria@jf-moscavideportela.pt)

[secretaria@jf-moscavideportela.pt](mailto:secretaria@jf-moscavideportela.pt)