



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

O silêncio do idoso: projeto de Intervenção comunitária

Lúcia Maria Farinha Nogueira

Orientação: Professor Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Júri das Provas Publicas:

Presidente de Júri: Professor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Anabela Pereira Coelho

Orientador: Professor Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**O silêncio do idoso: projeto de intervenção
comunitária**

Lúcia Maria Farinha Nogueira

Orientação:

Professor Edgar Duarte Canais

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

A PEDRA

O distraído tropeçou nela.
O violento projetou-a.
O empreendedor construiu com ela.
O homem do campo cansado, usou-a como assento.
As crianças brincaram com ela.
Drummond poetizou-a.
David usou-a para matar Golias
Miguel Ângelo fez com ela as mais belas esculturas,

Em todos os exemplos a diferença não estava na PEDRA
mas sim no tipo de HOMEM!
Não existe pedra no teu caminho que não possas usar para
teu próprio benefício.

António Pereira (Apon)

ABREVIATURAS

Km – Kilómetro

Pag. – Página

s.p – Sem página

s.d – Sem data

nº – número

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACES-AS – Agrupamentos de Centros de Saúde -Almada Seixal

AML– Área Metropolitana de Lisboa

APA – Norma da American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

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

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ENEAS –Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável

EU – União Europeia

GNR – Guarda Nacional Republicana

IFP – Instituto Português de Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

LSNS-6 – *Lubben Social Network Scale*

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais (para Fins Estatísticos)

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos enfermeiros

PEARL – Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitabilidade, Disponibilidade de Recursos e Legalidade.

PLS – Plano Local de Saúde

PLS AS – Plano Local de Saúde Almada-Seixal

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNU – Rede Nacional de Utentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Program for Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCLA – *Loneliness Scale*

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidade Funcional

URAP – Unidade de Recursos assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

USFP – Unidade de Saúde Familiar Poente

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
1.1. ENVELHECIMENTO	18
1.2. ISOLAMENTO SOCIAL	20
1.3. PESSOA IDOSA.....	22
1.4. ISOLAMENTO SOCIAL da PESSOA IDOSA.....	23
1.5. TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER	24
1.6. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS.....	25
1.7. INTERVENÇÃO DO EECSP NA PREVENÇÃO DO ISOLAMENTO SOCIAL DA PESSOA IDOSA	26
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	27
2.1. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA.....	27
2.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	28
2.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO CONCELHO	30
2.4. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS ASSISTENCIAIS.....	33
2.4.1 RECURSOS SOCIAIS PARA IDOSOS DA UNIÃO DE FREGUESIAS CAPARICA E TRAFARIA.....	35
2.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA UCC.....	36
2.4.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	37
2.5. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	39
2.6. DETERMINANTES DE SAÚDE	39
2.6.1. FATORES SOCIOECONÓMICOS.....	39
2.6.2. FATORES AMBIENTAIS	40
2.6.3. ESTILOS DE VIDA	40
2.6.4. FATORES BIOLÓGICOS.....	41
2.7. PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA COMUNIDADE	42
3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	47
4. METODOLOGIA	49
4.1. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	49
4.1.1. ESCALA UCLA.....	50
4.1.2. ESCALA LSNS-6	50
4.2. POPULAÇÃO, POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA	50
4.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
5. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	53
5.1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVA AO ISOLAMENTO SOCIAL	55
5.1.1. RESULTADO DA APLICAÇÃO DA ESCALA UCLA.....	55

5.1.2. RESULTADO DA APLICAÇÃO DA ESCALA LSNS-6	56
5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	58
6. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	60
7. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	63
8. <i>WORK BREAKDOWN STRUTURE</i> (WBS).....	65
9. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	66
9.1. ISOLAMENTO SOCIAL [NÃO]	67
9.2. PAUSA PARA CHÁ.....	67
9.3. PONT@S ENTRE NÓS – RECURSOS NA COMUNIDADE	68
9.4. VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA	69
9.5. <i>FLYER</i> “Pont@s entre NÓS”	69
9.6. PREVISÃO DE RECURSOS.....	70
9.7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	71
9.8. SEGUIMENTO “ <i>FOLLOW- UP</i> ” DO PROJETO.....	72
10. AVALIAÇÃO.....	73
10.1. SESSÃO ISOLAMENTO SOCIAL [NÃO].....	73
10.2. SESSÃO PONT@S ENTRE NÓS OS RECURSOS COMUNITÁRIOS.....	75
10.3. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	78
11. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA /MESTRE	81
11.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	81
11.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	84
11.3. COMPETÊNCIAS GRAU DE MESTRE.....	86
CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	93
Anexo I – Escala UCLA	94
Anexo II – Escala LSNS-6.....	95
Anexo III – Autorização da utilização da escala UCLA.....	96
Anexo IV – Autorização da utilização da escala LSNS-6	97
Anexo V – Declaração autorização da Coordenadora da UCC.....	98
Anexo VI – Declaração autorização da Coordenadora da USF	99
Anexo VII – Declaração autorização do ACES	100
Anexo VIII – Resposta da União de Freguesia.....	101
Anexo IX – Resposta da Câmara Municipal de Almada	102

APÊNDICES	103
Apêndice I – Questionário de caracterização sociodemográfica (pré-teste).....	104
Apêndice II – Consentimento informado.....	106
Apêndice III – Pedido de autorização para utilização da escala UCLA.....	108
Apêndice IV – Pedido de autorização para utilização da escala LSNS-6	109
Apêndice V – Pedidos de autorização às unidades (UCC, USF e ACES)	110
Apêndice VI – Planificação sessão sobre Isolamento Social	112
Apêndice VII – Planificação sessão sobre Recursos na Comunidade.....	114
Apêndice VIII – Declaração de confidencialidade.....	116
Apêndice IX – Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre isolamento social	117
Apêndice X – Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre recursos na comunidade	118
Apêndice XI – Questionários de avaliação das sessões	119
Apêndice XII – Apresentação sobre Isolamento Social.....	121
Apêndice XIII – Apresentação sobre Recursos na Comunidade	123
Apêndice XIV – <i>Flyer</i> da sessão “Pont@s entre nós”	124
Apêndice XV – Solicitação reunião União de Freguesias	125
Apêndice XVI – Solicitação reunião CâmaraMunicipal Almada	126
Apêndice XVII – Projeto de Parceria USALMA e UCC Almada.....	127
Apêndice XVIII – Participação no V Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e de Saúde.....	128
Apêndice XIX – Artigo “o silêncio do idoso, um projeto de intervenção”	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da população residente no concelho.....	28
Figura 2 – Evolução da população por grandes grupos etário.....	28
Figura 3 – Evolução do número de nascimentos e óbitos	29
Figura 4 – taxa bruta de natalidade na AML em 2021.....	30
Figura 5 – taxa bruta de mortalidadena AML em 2021	30
Figura 7 – Média anual dos desempregados inscritos IEPF em 2021 - ativos 15-64 anos.....	31
Figura 8 – Salário médio mensal por concelho na AML em 2019.....	31
Figura 9 – Poder de compra per capita 2019.....	32
Figura 10 – Taxa de mortalidade sénior - 70 ou mais anos	32
Figura 11 – Evolução óbitos por algumas causas de morte.....	33
Figura 12 – Habitantes por Enfermeiro nos Centros de Saúde de Almada	34
<i>Figura 13 – Habitantes por Médico nos Centros de Saúde de Almada</i>	<i>34</i>
Figura 14 – Registo Nacional de Utentes da UCC	37
Figura 15 – Registo Nacional de Utentes da USF	38
<i>Figura 16 – Indicador relativo aos anos de vida saudável aos 65 anos (homens/mulheres)</i>	<i>46</i>
Figura 17 – Distribuição por estado civil dos indivíduos da amostra	53
Figura 18 – Gráfico da Escolaridade da Amostra	54
Figura 19 – Distribuição dos indivíduos da amostra de acordo com os rendimentos.....	54
Figura 20 – Gráfico dos resultados do questionário LSNS-6.....	57
Figura 21 – Gráfico dos contributos (família/amigos) do questionário LSNS-6.....	57
Figura 22 – Work-Breakdown Structure (WBS)	65

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Recursos da Comunidade no Concelho de Almada	35
Quadro 3 – Utentes da UCC por grupo etário [FA – frequência absoluta FR – frequência relativa] .	36
Quadro 4 – Utentes da USF por grupo etário [FA – frequência absoluta FR – frequência relativa]..	38
Quadro 5 – Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por ordem de prioridade	43
Quadro 6 – Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por grau de impacte da pandemia de COVID-19	44
Quadro 7 – Lista de Problemas Identificados	44
Quadro 8 – Método de Hanlon	48
Quadro 9 – Frequência das Profissões da Amostra	53
Quadro 10 – Resultados da aplicação do escala UCLA	55
Quadro 11 – Resultados da aplicação do escala LSNS-6.....	56
Quadro 12 – Lista de problemas identificados	58
Quadro 13 – Operacionalização do objetivo específico 1 (Fonte: elaboração própria)	61
Quadro 14 – Operacionalização do objetivo específico 2 (Fonte: elaboração própria)	61
Quadro 15 – Operacionalização do objetivo específico 3 (Fonte: elaboração própria)	61
Quadro 16 – Operacionalização do objetivo específico 4 (Fonte: elaboração própria)	62
Quadro 17 – Operacionalização do objetivo específico 5 (Fonte: elaboração própria)	62
Quadro 18 – Estimativa de recursos humanos a utilizar no projeto	70
Quadro 19 – Estimativa de recursos materiais a utilizar no projeto	71
Quadro 20 – Cronograma das atividades do projeto.....	72
Quadro 21 – Comparação do conhecimento sobre o conceito de isolamento social entre o início e final da intervenção	74
Quadro 22 – Comparação do conhecimento sobre as causas do isolamento social entre o início e final da intervenção	74
Quadro 23 – Comparação do conhecimento sobre as consequências do isolamento social entre o início e final da intervenção	74
Quadro 24 – Comparação do conhecimento sobre as estratégias de combate ao isolamento social entre o início e final da intervenção	75
Quadro 25 – Avaliação da sessão sobre Isolamento Social	75
Quadro 26 – Comparação do conhecimento sobre recursos comunitários entre o início e final da intervenção	76
Quadro 27 – Comparação do conhecimento sobre onde procurar recursos comunitários entre o início e final da intervenção	76
Quadro 28 – Comparação do conhecimento sobre influência dos recursos comunitários no isolamento entre o início e final da intervenção	77
Quadro 29 – Comparação da utilização dos recursos comunitários entre o início e final da intervenção	77
Quadro 30 – Avaliação da sessão sobre Recursos na Comunidade.....	77
Quadro 31 – Avaliação do objetivo específico 1 (Fonte: elaboração própria)	78
Quadro 32 – Avaliação do objetivo específico 2 (Fonte: elaboração própria)	78
Quadro 33 – Avaliação do objetivo específico 3.....	79
Quadro 34 – Avaliação do objetivo específico 4.....	79
Quadro 35 – Avaliação do objetivo específico 5.....	80

AGRADECIMENTOS

A decisão de ingressar pelo caminho de melhorar e aprofundar os meus conhecimentos foi ponderada e já tinha sido alvo de adiamentos, em 2021 tomei a decisão de seguir em frente em busca de novos conhecimentos e aquisição e novas competências.

Este percurso só foi possível porque a meu lado caminharam pessoas a quem quero prestar o meu agradecimento. Agradeço ao meu orientador o, Professor Edgar Canais, pela disponibilidade, motivação e acompanhamento pedagógico durante este caminho percorrido. À minha orientadora clínica, Enfermeira especialista em saúde comunitária enfermeira Maria do céu Gil Gonçalves e à enfermeira Maria Jorge Brites, agradeço pela disponibilidade pelo empenho com que tutelaram o meu trajeto, dando o exemplo do que é ser enfermeiro especialista na comunidade. Aos profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde realizei o estágio, agradeço pelo acolhimento partilha de conhecimentos e envolvimento nas atividades e projetos desenvolvidos pela mesma. A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar onde trabalho, em especial à coordenadora e à equipa de enfermagem, por todo o apoio e motivação que me deram para que fosse em frente neste projeto pessoal e profissional.

À minha grande amiga Cristina Tavares agradeço por todos os valores que me transmitiu, mas acima de tudo agradeço pela sua amizade e exemplo.

Agradeço também aos meus pais e irmãos pelo apoio emocional.

Um agradecimento muito especial à minha “Família Pequena”, marido João, filhos Miguel e Lucas pela compreensão e apoio ao longo destes dois anos.

Agradeço ainda a todos os que de alguma forma cruzaram o meu caminho e colaboraram no culminar desta etapa.

Bem Hajam!

RESUMO

Introdução: O isolamento social no idoso é uma preocupação crescente em muitos países, pois o envelhecimento da população é uma realidade mundial. Este ocorre quando um indivíduo idoso tem poucas interações sociais com outras pessoas. **Objetivo:** Contribuir para a diminuição do isolamento social do idoso que reside sozinho **Método:** Metodologia do Planejamento em Saúde, participaram 32 utentes com mais de 65 anos que residem sozinhos. Os dados foram recolhidos através de um questionário socio demográfico e o preenchimento das escalas UCLA e LSNS-6. **Resultados:** Os resultados obtidos confirmam na população estudada a tendência para o aumento do risco de isolamento social nos idosos que residem sozinhos. **Conclusão:** Este é um problema sério que pode ter efeitos negativos na saúde física e mental dos idosos. No entanto, existem várias maneiras de combater o isolamento social e ajudar os idosos a ultrapassar este desafio.

Palavras-Chave: Isolamento social; Enfermagem; Idoso;

ABSTRACT

Introduction: Social isolation in the elderly is a growing concern in many countries, as population aging is a global reality. Occurs when an elderly individual has few social interactions with other people. **Objective:** Contribute to reducing the social isolation of the elderly who live alone. **Method:** Health Planning Methodology, 32 users aged over 65 who live alone participated. Data were collected through a socio-demographic questionnaire and completion of the UCLA and LSNS-6 *scales*. **Results:** The results obtained confirm the trend towards an increased risk of social isolation in the elderly population studied, especially in those living alone. **Conclusion:** A serious problem that can have negative effects on the physical and mental health of the elderly, existing several ways to reduce social isolation and help the elderly to overcome this challenge.

Keywords: Social isolation; Nursing; Elderly;

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, foi proposta a realização de um relatório. Este permitiu, a análise e reflexão das atividades realizadas, mobilização de conhecimentos e aquisição de competências, ao longo do caminho decorrido.

Ao longo deste percurso desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), em colaboração com uma USF da sua área de abrangência, do Agrupamento de Centros de Saúde Almada/Seixal (ACES-AS). Este projeto teve por base o Plano Local de Saúde Almada-Seixal (PLS AS) e o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS) e, a área de intervenção incidiu na prevenção a nível primário no isolamento social no idoso. Confirmando a necessidade da intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EECSP) com vista à promoção da saúde e à diminuição do aparecimento de casos de isolamento social e na sua identificação. Segundo o Artigo 2.º do Regulamento n.º 428/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária são: estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, de forma a avaliar o estado de saúde de uma comunidade; contribuindo para a capacitação comunitária, integrando e coordenando Programas de Saúde de forma a contribuir para a obtenção do cumprimento dos objetivos determinados pelo PNS; é também da sua competência realizar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

Neste sentido e de acordo com as competências acima enunciadas foi desenvolvido o projeto: “o silêncio do idoso – um projeto de intervenção”.

O envelhecimento é um fator para o isolamento social, e por isso é importante atuar ao nível da prevenção nomeadamente na promoção de saúde. É necessário ir ao encontro dos idosos que não estejam sinalizados e que de certa forma se encontrem em silêncio, sem que muitas vezes os profissionais de saúde e sociedade se apercebam da sua presença.

Existe uma tendência mundial para os idosos viverem sozinhos nomeadamente as mulheres, em muitos casos que perderam o cônjuge existindo cada vez mais famílias unipessoais (OMS,2005).

Internacionalmente e de acordo com várias pesquisas viver só, pode constituir um fator de risco para o idoso, contribuindo para a morbilidade, mortalidade e consequente pior qualidade de vida. Este facto deriva do natural processo de envelhecimento, cujo conjunto de alterações vividas se traduz em crescente dependência, na realização das atividades da vida diária, podendo-se dizer que viver só pode significar algo complexo (Costa et al.,2015).

Erikson (1979), destaca que o idoso pode se deparar com o desafio de integridade versus desespero, em que o idoso procura encontrar um sentido de vida. O silêncio do idoso pode ser um reflexo deste desafio, representando uma dualidade de sentimentos com base nas experiências vividas.

O projeto de intervenção “o silêncio do idoso” seguiu a metodologia Planeamento em Saúde (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993), teve como referenciais teóricos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Pender, 2011) e a teoria das transições de Meleis (Meleis, 2012). Este projeto de intervenção comunitária teve como finalidade o combate ao isolamento social no idoso, assim como o objetivo geral ficou definido: contribuir para a diminuição do risco de isolamento social dos idosos na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.

Com vista à obtenção do objetivo geral acima enunciado, foram definidos os seguintes objetivos específicos : (1) Identificar os idosos em risco de isolamento social; (2) Conhecer os fatores que influenciam o isolamento social; (3) Avaliar o risco de isolamento social no idoso; (4) Capacitar os idosos com informação sobre os riscos de isolamento social; (5) Capacitar os idosos com informação sobre os recursos da comunidade.

No isolamento social é de extrema importância considerar os determinantes de saúde, destacando para este projeto o contexto sociocultural dos indivíduos e a comunidade onde se insere.

Tendo em conta que, as condições socioeconómicas e, os estilos de vida constituem um determinante da saúde, o enfermeiro especialista deve considerar a sua intervenção na comunidade de forma a melhorar as condições de vida e o bem-estar do indivíduo.

Este relatório para além de relatar o percurso na realização deste projeto de intervenção pretende também fazer uma análise reflexiva dos resultados obtidos bem como das intervenções realizadas durante a sua execução.

O relatório foi realizado com a seguinte estrutura: enquadramento teórico, onde assenta a fundamentação teórica da intervenção, a metodologia, onde se processa o desenvolvimento da ação e a conclusão, onde são descritas as reflexões e as considerações finais do trabalho desenvolvido.

O relatório foi redigido de acordo com a Norma da *American Psychological Association* (APA) – 7ª edição, e ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A população mundial está a ficar cada vez mais envelhecida e, praticamente todos os países, veem o seu índice de envelhecimento aumentado.

Existe uma enorme transformação social no séc. XXI e o envelhecimento populacional, está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas deste século, com implicações em quase todos os setores da sociedade, como por exemplo nos setores laborais, financeiros, acessibilidade a serviços e bens, transportes, residência proteção social, assim como nas estruturas familiares e nas relações entre gerações. (Nations, 2019)

Ainda de acordo com o mesmo autor nos próximos anos muitos países vão enfrentar alguns desafios relacionados com os sistemas de saúde, pensões e proteção social para uma população cada vez mais velha.

A Europa conta com cerca de 25% de pessoas com mais de 60 anos. Esta mesma fonte considera que o número de idosos duplique até 2050 e que em 2100 seja o triplo atingindo os 3.1 milhões de pessoas idosas. (Unidas, 2019)

De acordo com Sousa et al., (2022), Portugal será o país mais envelhecido em 2050 dentro da União Europeia, pois segundo aponta o Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que existirão 300 idosos por cada 100 jovens.

O número de idosos em Portugal (com idade igual ou superior a 65 anos) atingirá 3 milhões de pessoas, sendo que o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará em 2080 (INE, 2020).

Na sociedade portuguesa da atualidade verifica-se um crescimento da população idosa. Durante décadas Portugal contou com elevadas taxas quer de natalidade, quer de mortalidade. Neste momento o nosso país enfrenta uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país (Fonseca, 2005).

Estima-se que em 2050, o Índice de Envelhecimento ascenderá a 243 idosos por cada 100 jovens, e a proporção de pessoas idosas no total da população será de 32%. No entanto este aumento será mais evidente em algumas regiões com várias assimetrias regionais (Magalhães, 2003). Refere ainda este autor que em 2050 este envelhecimento será sentido em todo o território.

O facto de existirem mais idosos em Portugal deve-se não só à diminuição da taxa de natalidade, mas também ao aumento do tempo do ciclo de vida dos indivíduos, que tem vindo a aumentar progressivamente. A melhoria das condições de vida e uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde contribuem para o aumento do tempo médio da esperança de vida, o que se traduz

num maior bem-estar e em cidadãos ativos por mais tempo. Hoje em dia o desafio não passa só por viver mais anos, mas antes viver mais anos com qualidade de vida (Marques et al., 2016).

Viver mais anos significa também estar mais exposto a doenças crónicas não transmissíveis, assim como a uma diminuição ou ausência das redes pessoais e sociais. A saúde individual da pessoa fica afetada pelo declínio da sua vida social em qualquer altura do ciclo vital, no entanto a probabilidade de desenvolver doenças crónicas aumenta com a idade. O número de anos aumenta, mas também os problemas de autonomia bem como a necessidade de mais apoio familiar e social. Embora exista uma diminuição da capacidade funcional resultante do envelhecimento importa acompanhar este envelhecimento nos vários contextos (Cabral, 2013).

Devido a esta transformação demográfica, existem em Portugal vários projetos para responder a esta problemática, de forma a combater o isolamento social e promover o envelhecimento ativo, temos como exemplos disso o “Pedalar sem idade” que é desenvolvido nas cidades de Lisboa, Porto, Cascais, Castelo verde e Guimarães que se define como uma forma de estar na vida.

Outro exemplo é o projeto “55+” que visa o dinamismo da pessoa idosa com o propósito de estabelecer laços na comunidade e de se manter ativo (Azevedo, 2022).

As Aldeias Pedagógicas, são um projeto que pretende realçar a experiência dos idosos valorizar esses conhecimentos de forma a revitalizar aldeias isoladas. Os visitantes destes locais beneficiam do saber destas pessoas da terra como guias e detentores de tradições e ofícios já em desuso promovendo a valorização e a sua participação ativa na sociedade bem como o bem-estar físico e mental do idoso (Portugal inovação Social, 2022).

Tendo em conta a realidade do envelhecimento em Portugal, na Europa e no Mundo torna-se e uma prioridade responder a este desafio, de forma a criar políticas de saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão a envelhecer. Em Portugal para além dos projetos já elencados existem medidas como a Estratégia Nacional do Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS), que constituem o reconhecimento da necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, garantir a sustentabilidade dos sistemas de suporte. Com vista a uma vida saudável e ativa no idoso, a ENEAS pretende o desenvolvimento de políticas transversais com estratégias, envolvendo equipas multidisciplinares, que estejam próximas da pessoa idosa.

O Diário da República, 2.ª série — N.º 199 — 17 de outubro de 2016 refere que: “Portugal encontra-se assim confrontado com um duplo desafio: o que decorre do envelhecimento demográfico e o que resulta do facto de as pessoas idosas ainda não terem atingido os níveis de saúde e bem-estar desejáveis, o que se reflete em elevados índices de dependência para o autocuidado.”

1.1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo diferencial que varia de pessoa para pessoa e que se revela em degradação física diminuição tendencial dos funcionamentos perspetivos e também de dados subjetivos que correspondem à percepção do próprio do seu envelhecimento. Podemos dizer que envelhecemos em diferentes idades cronológicas (Fontaine, 2000).

O envelhecimento é acompanhado do aumento da vulnerabilidade a algumas doenças, nomeadamente de foro cardíaco. Portugal define como idoso todo o indivíduo com 65 ou mais anos de idade. O envelhecimento populacional tem por base a proporção de pessoas idosas pela população total. O índice de envelhecimento, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias extrema (PORDATA, 2016).

O programa nacional para a saúde das pessoas idosas (PNSPI, 2006, s.p) define que: “o envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.”

A ENEAS é um plano de ação criado em Portugal, que está em sintonia com o PNS para promover um envelhecimento ativo e saudável, bem como a inclusão social das pessoas idosas. Essa estratégia foi criada com o objetivo de garantir que as pessoas idosas possam envelhecer com qualidade de vida, mantendo-se ativas, independentes e integradas na sociedade.

Esta estratégia tem um papel ainda mais importante, na saúde física e mental das pessoas idosas contribuindo para a diminuição do seu risco de solidão e isolamento social.

Assim, a ENEAS tem-se concentrado em promover medidas que garantam a segurança das pessoas idosas e ao mesmo tempo criar oportunidades para que possam continuar a participar da sociedade e envolver-se em atividades físicas e sociais, mesmo em um contexto de distanciamento social.

Algumas das medidas adotadas pela ENEAS para promover o envelhecimento ativo durante a pandemia incluem a criação de programas de atividade física online, o incentivo ao uso de tecnologias para manter contacto com amigos e familiares, a promoção de serviços de apoio domiciliário, entre outras ações.

A ENEAS tem um papel fundamental no estímulo ao envelhecimento ativo e na promoção da inclusão social das pessoas idosas. Esta rege-se por um conjunto de linhas orientadoras da ação e medidas estruturadas a partir de quatro eixos estratégicos (Saúde, Participação, Segurança, Medição, Monitorização e Investigação) focadas na implementação de intervenções nos sistemas de saúde,

social e outros, tendo por base uma abordagem multidisciplinar, tendo sempre em consideração os valores e princípios que devem nortear a ação:

A. SAÚDE – Promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas e potenciar a sua autonomia.

B. PARTICIPAÇÃO – Promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida incluindo estratégias de promoção da literacia em saúde e incentivo à criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e da participação das pessoas idosas na sociedade e nos processos de decisão que afetam a sua vida.

C. SEGURANÇA – Apoio a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas.

D. MEDIÇÃO, MONITORIZAÇÃO E INVESTIGAÇÃO – Promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, potenciando o levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções e a disseminação de boas práticas e da inovação (Ministério da Saúde, 2017, p. 20).

O estatuto de idosos tem-se modificado ao longo do tempo e assistiu-se a modificações importantes no estatuto dos idosos e da forma de ver o envelhecimento. Mesmo certas atitudes negativas persistem ainda atualmente e se rejeição dos velhos ainda se faz sentir a atitude pessimista tradicional relativamente aos idosos que estão a perder a autonomia, dá lugar pouco a pouco a um realismo baseado numa abordagem que visa a manutenção e a qualidade de vida (Berger et al., 1995)

O envelhecimento pode ter várias representações, que podem ser alteradas de acordo com valores atribuídos à pessoa pela sociedade em função do papel que o idoso representa no meio onde está inserido, tendo em conta vários contextos (Avila, 2009).

Os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, são responsáveis pela forma como se envelhece e conseqüentemente pelo aparecimento de doenças ao longo do ciclo de vida, não esquecendo que, em muitas circunstâncias, o envelhecimento está relacionado com fatores externos, sociais, comportamentais, ambientais. São exemplos disso, pela sua prevalência, doenças a depressão assim como sentimentos de solidão e de isolamento na pessoa idosa (INE, 2011). Este mesmo Instituto define o idoso como a pessoa com idade igual ou superior a 65.

De acordo com o PNSPI (2006) a realidade revela-nos que os últimos anos de vida, apesar dos avanços da medicina, são quase sempre acompanhados de maior morbidade e incapacidade, doenças estas que podiam ser prevenidas.

Os profissionais de saúde devem poder atuar na prevenção e manutenção aos diversos níveis, com equipas multidisciplinares na comunidade (OMS, 2005).

A OMS define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. A integração e a inclusão social são uma necessidade para os idosos, proporcionando-lhes recursos emocionais e práticos, participação ativa e maior autoestima. Pessoas mais integradas tendem a desfrutar de mais saúde. Assim, no quadro de ação para o envelhecimento ativo, a promoção das relações sociais e da saúde mental são tão importantes quanto a promoção da saúde física (*World Health Organization, 1999*).

A atuação dos profissionais de saúde na comunidade é um tema importante e bastante discutido na literatura atual. Diversos autores destacam a importância do trabalho em equipa e da atuação multidisciplinar na promoção da saúde e prevenção de doenças na comunidade, nomeadamente no isolamento social e nos problemas decorrentes do envelhecimento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os profissionais de saúde devem trabalhar em conjunto com outras áreas, incluindo a educação, habitação, meio ambiente e o bem-estar e a saúde da população. Essa abordagem integrada é conhecida como abordagem interdisciplinar ou multidisciplinar e visa a promoção da saúde de forma holística, considerando não só a dimensão física, mas também a mental e social.

Autores como Giddens (2005) e Foucault (2006) destacam a importância do trabalho em equipa e da colaboração entre diferentes áreas do conhecimento na promoção da saúde e prevenção de doenças. Segundo Giddens, atuar em equipa permite uma abordagem mais completa e eficaz dos problemas de saúde, levando em conta a complexidade e diversidade de fatores envolvidos. Já Foucault enfatiza a importância do empoderamento da comunidade na tomada de decisões e na gestão de sua própria saúde. O empoderamento comunitário leva a que as pessoas desenvolvam estratégias para dar resposta às suas necessidades culminando na consecução dos objetivos delineados (Melo, 2020).

1.2. ISOLAMENTO SOCIAL

O Isolamento social pode ser definido como: “uma condição caracterizada pela falta de interação ou conexão social com outras pessoas, seja por opção ou por circunstâncias externas. É uma condição que afeta negativamente a saúde e o bem-estar de um indivíduo e pode levar a problemas de saúde física e mental” (Cacioppo & Patrick, 2008).

Atualmente, o isolamento social é um grande problema na sociedade moderna, sendo particularmente prejudicial para os idosos, que enfrentam maior risco de problemas de saúde mental e física, como depressão, declínio cognitivo e morte prematura. A solidão é uma condição de vida avassaladora que pode ter impactos tão negativos na saúde quanto o hábito de fumar 15 cigarros por dia. Infelizmente, na nossa comunidade existe falta de apoio social necessário para que os idosos possam ter uma vida saudável e satisfatória. É crucial que tomemos medidas para combater o isolamento social e garantir que os nossos idosos recebam o apoio que merecem (Butler, 2009).

"O isolamento social também pode afetar negativamente a qualidade de vida dos idosos, aumentando a probabilidade de depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental" (Butler, 2009, p. 26). O autor destaca também o isolamento social como uma das formas mais comuns de negligência nos idosos.

Os recursos comunitários existentes e a sua acessibilidade na comunidade podem também contribuir para o risco de isolamento social, nomeadamente os transportes, serviços comunitários e a existência de grupos de apoio (Lunstad, 2018).

O isolamento social pode ter graves consequências para a saúde mental e física das pessoas, principalmente a solidão crónica, que pode levar a problemas como depressão, ansiedade, doenças cardíacas, enfraquecimento do sistema imunológico, diminuição da capacidade cognitiva e perda de funcionalidade. Além disso, pode levar a comportamentos prejudiciais como abuso de substâncias e alimentação inadequada (Lunstad, 2018).

Segundo Lunstad (2018) o isolamento social e a solidão são problemas de saúde pública urgentes, que comprometem a saúde e o bem-estar do indivíduo, mas também a sustentabilidade do sistema de saúde. Referindo que falta de ligações sociais e relacionamentos estáveis contribui para a morbidade e o risco de mortalidade prematura.

Também os conceitos de "viver sozinho" e "solidão" são na sua conceção diferentes (Townsend e Tunstall, 1968), por exemplo, o facto de se ter uma rede de relacionamento mais alargado não previne sentimentos de solidão. O envelhecimento pode contribuir para se ficar mais isolado, mas não quer dizer que seja essa a causa do isolamento (Fonseca, 2004).

A solidão tem sido encarada como um grande problema na pessoa idosa, no entanto, estudos revelam que não existe essa relação direta. O que caracteriza a solidão são fatores pessoais e sociais. Constata-se uma maior vulnerabilidade dos idosos que experienciam a solidão, contribuindo esta a sua insegurança e alterações do estado de saúde (Freitas, 2011). O mesmo autor refere que a solidão é um sentimento subjetivo, relacionado com a qualidade da interação social e não com a quantidade dos contactos estabelecidos. Em relação ao isolamento, (Maia, 2002, p.216) refere que: "o significado vulgar de isolamento remete para afastamento". O afastamento pode ser físico (indivíduo que vive

afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que sente moralmente só ou perdido).

Segundo Cabral (2013) a solidão não existe apenas no isolamento físico ou social, pois ela pode ocorrer mesmo na presença do outro. Para este autor, a solidão surge em circunstâncias em que a pessoa se sente desamparada, sem apoio e sem companhia amiga. Exemplo disso são a migração, exclusão e o envelhecimento.

1.3. PESSOA IDOSA

Ser idoso, segundo Erikson (1997), pode ser entendido como uma etapa importante no ciclo de vida humano, que pode trazer tanto desafios quanto oportunidades. A pessoa idosa enfrenta a tarefa psicossocial de integridade versus desespero, que envolve reflexão sobre a vida vivida, aceitação da mortalidade e a busca por significado e propósito na vida.

É uma fase em que os idosos enfrentam uma série de desafios, como perdas pessoais, de saúde e financeiras, bem como a necessidade de se adaptarem.

Durante a fase da integridade, os idosos são capazes de aceitar o seu modo de vida e as escolhas que fizeram, apreciar suas realizações e encontrar um sentido para o caminho traçado. Nestes casos não lidam com a morte e com as perdas de uma maneira construtiva, mantendo um sentido de integridade e satisfação com a vida.

No entanto, se os idosos não conseguirem lidar com esses desafios de maneira construtiva, eles podem experimentar o desespero, sentindo-se isolados, sozinhos e sem propósito. Esses sentimentos podem levar à depressão, ansiedade e outras doenças mentais (Erikson, 1997).

O envelhecimento é um processo heterogêneo, em que as pessoas idosas apresentam uma grande variedade de experiências, necessidades e desafios. A autora propôs um modelo de envelhecimento que se concentra nas dimensões do tempo e da geração, bem como na interação entre as mudanças biológicas e sociais que ocorrem ao longo do ciclo de vida (Neugarten, 1979).

Segundo Neugarten (1979), a idade cronológica é apenas um indicador sem perícia do envelhecimento. A autora refere que a idade é subjetiva, ou seja, a forma como a pessoa se percebe em relação à sua idade, é o fator mais importante, argumentando que o envelhecimento não é um processo universal, mas sim a influência por fatores culturais, sociais e históricos.

A DGS reconhece que a idade avançada pode trazer consigo problemas de saúde, como doenças crônicas, comprometimento da função cognitiva e diminuição das capacidades físicas. Além disso, reconhece também que os idosos muitas vezes enfrentam desafios sociais, como a solidão, a falta de apoio social (DGS, 2012).

1.4. ISOLAMENTO SOCIAL da PESSOA IDOSA

Mundialmente os estudos revelam que cada vez mais existem idosos que vivem sozinhos, especialmente, famílias unipessoais (OMS,2005).

O isolamento social no idoso pode ter efeitos profundos na saúde física e mental, aumentando o risco de doenças crônicas, como doenças cardíacas, diabetes e depressão. Podendo a solidão levar a comportamentos prejudiciais à saúde, como o abuso de álcool e outras drogas (Cacioppo e Hawkley, 2009).

A solidão não é apenas uma questão individual, mas também um problema social que afeta muitas pessoas. Ele argumenta que a falta de ligações sociais pode ser agravada por fatores sociais e psicológicos, como a urbanização, a migração e o isolamento dos idosos em áreas rurais ou urbanas (Cacioppo e Hawkley, 2009).

No entanto existe uma lacuna no que diz respeito ao trabalho de investigação sobre a exclusão social no idoso, esta falta de conhecimento nesta área, compromete a intervenção política para atenuar este isolamento social (Walsh et al, 2016).

De acordo com (Walsh et al, 2016) existe um défice de investigação sobre o envelhecimento e isolamento social, existe também escassez de investigação em relação à situação social do idoso, por exemplo em relação a etnia, género, deficiência, etc. Embora existam vários autores a definir a exclusão social nenhuma definição vai ao encontro do género da classe social, da sexualidade ou etnia, mas sim da forma como afeta indivíduos e grupos.

O isolamento social na terceira idade envolve trocas de fatores de risco, este isolamento varia em forma e em grau ao longo da vida, mas na velhice estes são amplificados pela vulnerabilidade do idoso. Este isolamento no idoso conduz a desigualdades na escolha e controlo dos recursos, e no poder e em direitos em vários domínios de vizinhança e dentro da comunidade, vícios de comodidade e mobilidade recursos financeiros e materiais, relações sociais, aspetos socioculturais da sociedade e participação cívica (Wlash et al, 2016)

Um estudo realizado pelo INE (2000), refere que são as pessoas idosas que vivem sozinhas, aquelas que na generalidade têm as piores condições de vida e que, os homens que vivem sozinhos possuem condições de vida ainda piores que as mulheres.

É essencial que as pessoas se envolvam em atividades sociais e comunitárias, como voluntariado, participação em grupos sociais e eventos comunitários. As novas tecnologias podem ser instrumentos importantes para ajudar os idosos a conectarem-se com outras pessoas e participarem em atividades sociais online (Cacioppo e Hawkley ,2009)

Segundo o mesmo autor o isolamento social tem um impacto negativo na saúde mental e física dos idosos. Refere também que a solidão é um problema social que exige uma solução social, e

que é importante para a sociedade como um todo trabalhar para combater o isolamento social e promover conexões sociais para os idosos.

A família e a comunidade podem ser fatores facilitadores permitindo a criação de ambientes entre gerações fundados no princípio basilar de que todos os seus elementos, independentemente da idade e ou grau de dependência. A inclusão das pessoas idosas em relações e solidariedades intergeracionais pode trazer benefícios tanto para as gerações mais novas quanto para as pessoas idosas em si. A participação ativa das pessoas idosas no cotidiano, na transmissão de conhecimentos e valores, e na partilha de tradições pode enriquecer a vida de todos os envolvidos. Além disso, a interação com as gerações mais jovens pode aumentar o bem-estar, a integração e o reconhecimento social das pessoas idosas. É uma oportunidade para estabelecer conexões históricas entre gerações diferentes e contribuir para a construção de uma sociedade (Ministério da Saúde, 2017)

O isolamento social pode ser responsável pelo declínio do estado de saúde do idoso. Existem vários estudos que apontam vários aspectos negativos no envelhecimento dos idosos relacionados com o isolamento. Neste sentido é necessária atuação ao nível da prevenção, nomeadamente na identificação e encaminhamento de idosos em risco ou em isolamento social de acordo com os recursos disponíveis na comunidade (Ministério da Saúde, 2017).

A conferência de Alma Ata define que os cuidados de saúde primários (CSP) devem ser o centro de qualquer sistema de saúde, local onde enfermeiro ECSP desenvolve o seu trabalho (Domingues, 2019).

1.5. TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

No sentido da promoção da saúde consideramos o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender uma vez que ele tem enfoque em três áreas: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde podendo o conceito de saúde ser entendido de forma unipessoal ou em grupo tendo sempre como enfoque o bem-estar da pessoa bem como o desenvolvimento de capacidades, tendo em conta a globalidade da pessoa (Pender, 2011).

"Promoção da saúde é o processo de permitir que as pessoas aumentem o controle sobre sua saúde e melhorem seu bem-estar. Envolve o foco nas condições e recursos que apoiam a saúde, em vez de apenas nos problemas de saúde e nas doenças" (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011, p.2).

Considerando o isolamento social do idoso um objeto da intervenção temos de ter a percepção de que o resultado do comportamento difere de acordo com o que a pessoa idosa tem como plano de ação, isto é, a envolvimento da pessoa é fundamental para o sucesso da intervenção. Se o plano de promoção da saúde for ao encontro das preferências do indivíduo, a probabilidade de a pessoa se comprometer e adotar comportamentos promotores de saúde é maior (Pender, 2015).

"A promoção da saúde é um processo positivo que inclui ações para aumentar o bem-estar e maximizar o potencial humano. Ela também envolve a criação de ambientes saudáveis, apoio social e uma cultura de saúde" (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011, p.3).

De acordo com o mesmo modelo a promoção da saúde, também resulta da relação da pessoa com o meio que a rodeia (ambiente), nomeadamente com os recursos de saúde com recursos socio económicos. Todos estes fatores são imprescindíveis para proporcionar um ambiente saudável no idoso (Pender, 2011).

"Os idosos são um grupo populacional crescente que requer atenção especial na promoção da saúde. Muitos problemas de saúde associados ao envelhecimento são evitáveis ou modificáveis com intervenções apropriadas de promoção da saúde"(Pender, Murdaugh e Parsons, 2011, p. 26).

A ENEAS de 2017, vai ao encontro do modelo de promoção de saúde nomeadamente no envelhecimento ativo que: implica "aumentar a esperança de vida saudável, capacitar as pessoas idosas para continuarem a ser ativas e independentes durante o maior período possível, e fomentar a participação social e económica" (Ministério da Saúde, 2017, p. 9)

1.6. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Os idosos estão sujeitos a várias adaptações ao longo da sua existência. A teoria de médio alcance de Meleis, cujo modelo tem enfoque nos processos transacionais, a que a pessoa está sujeita durante todo o seu ciclo vida permite descrever, compreender e interpretar e ou explicar os fenómenos específicos (Meleis 2012). A mesma autora é defensora que a transição consiste na passagem de um estado para outro estado, isto é passar de um lugar ou condição para outro estado. Para que tal aconteça é necessário a mudança de comportamento após obtenção do conhecimento (Meleis 2012).

De acordo com o dicionário da língua portuguesa (2008), a definição de transição consiste no ato ou efeito de passar de um estado ou condição a outro, ou numa mudança gradual ou progressiva de uma coisa para outra.

Existem fatores que condicionam e precipitam estas transições. Podemos distinguir os seguintes: as crenças e atitudes, quando um estigma está relacionado com a transição pode influenciar a manifestação das emoções relacionadas com essa mesma transição; o estatuto socioeconómico e também o conhecimento sobre o que se pode esperar durante o tempo da transição (Meleis, 2012).

A teoria das transições de Meleis é amplamente reconhecida como uma das principais teorias de enfermagem no que se refere à compreensão das mudanças e transições que as pessoas vivenciam nas suas vidas. Segundo Meleis, as transições podem ser definidas como "um processo contínuo de mudança que envolve uma perda ou ganho de um ou mais fatores importantes na vida da pessoa,

incluindo as mudanças em papéis, relacionamentos, rotinas transitórias, saúde ou ambiente" (Meleis, 2012).

Para Meleis (2012), as transições são inevitáveis na vida humana e podem ser estressantes e desafiadoras, especialmente para os idosos, que enfrentam mudanças vividas em sua saúde, autonomia e independência. É importante que os enfermeiros reconheçam essas transições e ofereçam apoio e cuidado durante esses momentos de mudança.

A teoria de Meleis enfatiza a importância do cuidado centrado na pessoa, que considera as pessoas com deficiência, os idosos, bem como as circunstâncias únicas em que vivem, o contexto. Isso envolve trabalhar em parceria com o idoso, familiares e outros profissionais de saúde para garantir que o cuidado seja adaptado às necessidades e aos idosos.

O agente de transição é a força ou evento que inicia a transição, que pode ser interna ou externa à pessoa. O contexto refere-se aos fatores que influenciam a transição, incluindo o ambiente físico, social e cultural em que a pessoa se encontra. E o processo de transição inclui as etapas por que a pessoa passa durante a transição, como a preparação, a adaptação e a acomodação.

De acordo com a teoria de Meleis, as transições podem ser classificadas como antecipatórias, normativas ou não normativas. Transições antecipatórias são aquelas em que uma pessoa se prepara para uma mudança futura, como quando um estudante se prepara para a transição da escola para a universidade. Transições normativas são aquelas que são esperadas e valorizadas pela sociedade, como casamento, reforma ou maternidade. Transições não normativas são aquelas que não são esperadas ou valorizadas pela sociedade, como a perda de um emprego, o divórcio ou a morte de um ente querido. (Meleis, 2012)

A autora tem como objetivo auxiliar enfermeiros e outros profissionais da saúde a compreender as experiências de mudança e transição que as pessoas vivenciam ao longo da vida, e a desenvolver procedimentos ajustados para apoiá-las durante esses processos.

1.7. INTERVENÇÃO DO EECSP NA PREVENÇÃO DO ISOLAMENTO SOCIAL DA PESSOA IDOSA

O Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, estabelece que o EECSP com base na metodologia do Planejamento em Saúde, procede à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, elaborando um diagnóstico, estabelecendo prioridades, traçando metas e objetivos para poder dar resposta ao problema identificado estabelecendo e avaliando os programas e projetos de intervenção, contribuindo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, mobilizando a participação comunitária. Cabe ao EECSP "integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde" e "realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico".

É da competência do EECSP a avaliação do estado de saúde do indivíduo, e de uma comunidade, a identificação de fatores de risco e realização de intervenções dirigidas às necessidades da comunidade. Os enfermeiros também contribuem para educação sobre comportamentos saudáveis e na promoção da saúde através de programas de saúde (Pender,2011).

A comunidade e os seus problemas são o foco de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, segundo o Artigo 2º do Regulamento n.º 428/2018 Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.

Além disso, os enfermeiros podem desenvolver ligações com várias entidades dentro da comunidade, nomeadamente com outros profissionais de saúde (psicólogo, nutricionista, médico, assistente social) com as famílias e com organizações para promover a saúde dos idosos. Muitas vezes os enfermeiros são responsáveis pela identificação e encaminhamento de acordo com as necessidades identificadas, para serviços apropriados e redes de apoio.

Os enfermeiros podem contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e para a promoção da sua saúde através uma abordagem ampla que contemple várias áreas como a saúde, física, mental e social (Pender, 2011).

O EECSP que se insere na comunidade facilitando o acesso aos idosos isolados em particular os que por variados motivos não saem de casa. Estes profissionais têm possibilidade de contacto permitindo uma avaliação individualizada, identificando as necessidades da pessoa e conseqüentemente desenvolver um plano de cuidados direcionado podendo desenvolver atividades de promoção de estilos de vida saudáveis; influenciar estados emocionais e de saúde mental, como a autoestima, a autoeficácia e a depressão. (Nicholson, 2012).

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Nesta parte do relatório foi feita a caracterização do concelho, do contexto, onde foi implementado o projeto de intervenção.

2.1. CARACTERIZAÇÃO GEOGRÁFICA

A cidade de Almada localiza-se na Área Metropolitana de Lisboa, situada na margem sul do rio Tejo, esta cidade é sede de um concelho que conta com uma frente fluvial e uma grande frente oceânica.

É uma das 10 cidades mais populosas de Portugal, com cerca de 95 000 habitantes e o município conta com cerca de 177 000 habitantes, segundo os Censos de 2021.

2.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

De acordo com o INE/PORDATA, como se pode observar na figura 1, a população residente no concelho era, nos Censos 2021, de 177.268 habitantes, correspondendo a um ligeiro aumento relativamente aos Censos de 2011 (174.030 habitantes).

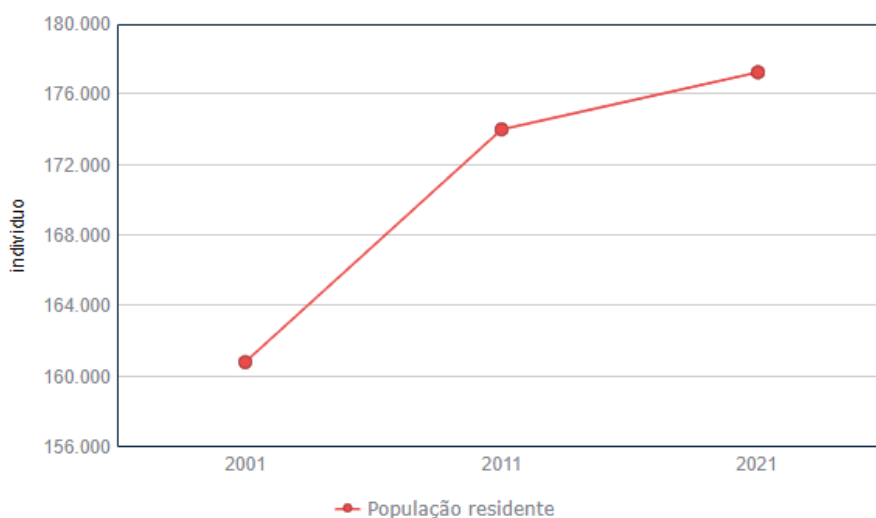


Figura 1 – Evolução da população residente no concelho

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

No concelho a população ativa é o grupo etário dominante representando, em 2021, 62,5 indivíduos (por cada 100), enquanto que os jovens (dos 0 aos 14 anos) representam 13,7 indivíduos (por cada 100) e os idosos 23,8 (por cada 100). Relativamente aos Censos anteriores (2011) destaca-se uma tendência de crescimento no grupo etário dos idosos enquanto que os outros dois grupos etários apresentam a tendência de decréscimo, como se evidencia na figura 2.

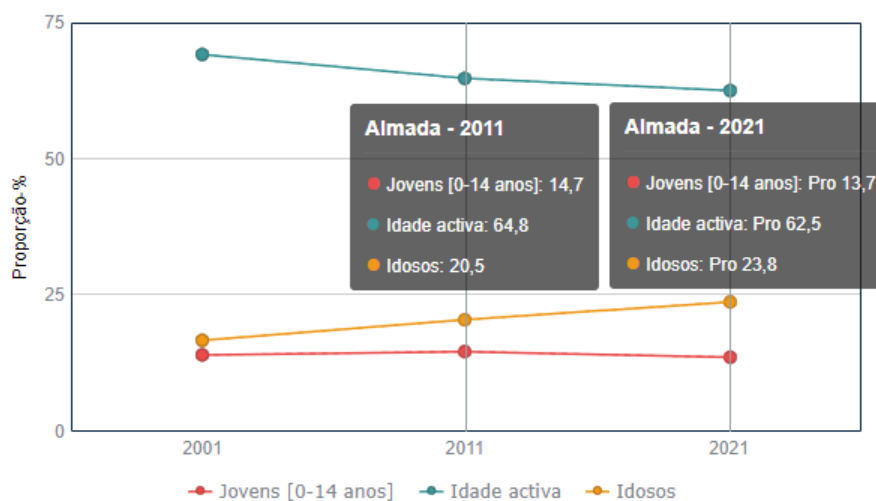


Figura 2 – Evolução da população por grandes grupos etário

O índice de envelhecimento do concelho é de 174,2 (por cada 100 jovens) representando um crescimento considerável nos últimos 10 anos (em 2011 situava-se nos 139,6). Em comparação com outras áreas situa-se abaixo do índice nacional (182,1) mas acima do índice da Área Metropolitana de Lisboa (150,9), sendo na sua região (AML), apenas superado por dois concelhos: Lisboa (179,4) e Barreiro (194,0).

Desde os Censos 2011, figura 3, que o concelho de Almada inverteu a tendência registada até então e passou a apresentar mais óbitos que nascimentos. Nos últimos 10 anos o concelho apresenta sempre um número de óbitos superior aos nascimentos sendo em 2021 que essa expressão foi mais acentuada apresentado 1562 nascimentos e 2223 óbitos representando uma diferença de 661.

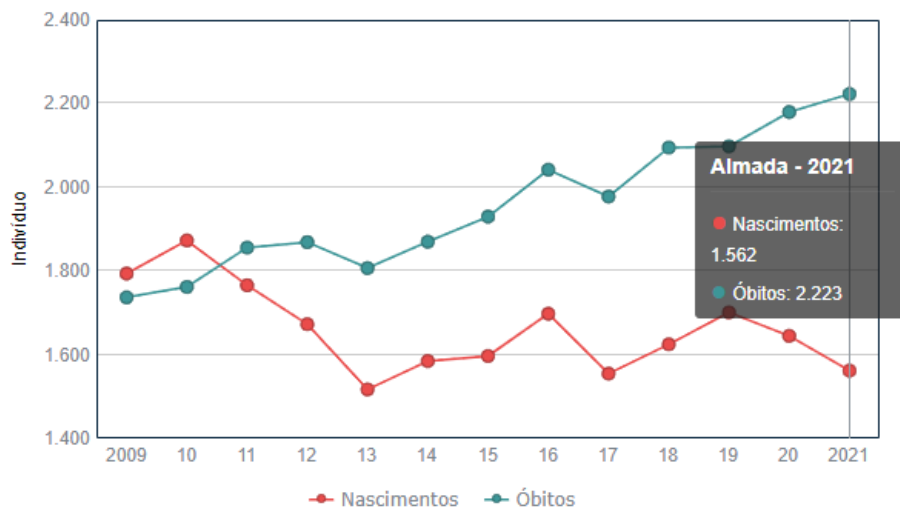


Figura 3 – Evolução do número de nascimentos e óbitos

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Em 2021 apresentou, uma taxa bruta de natalidade de 8,8 por 1000 residentes no concelho, como se pode verificar na figura 4, abaixo do valor médio dos concelhos da AML (9,3 por 1000 residentes) e acima do valor médio nacional (7,7 por 1000 residentes).

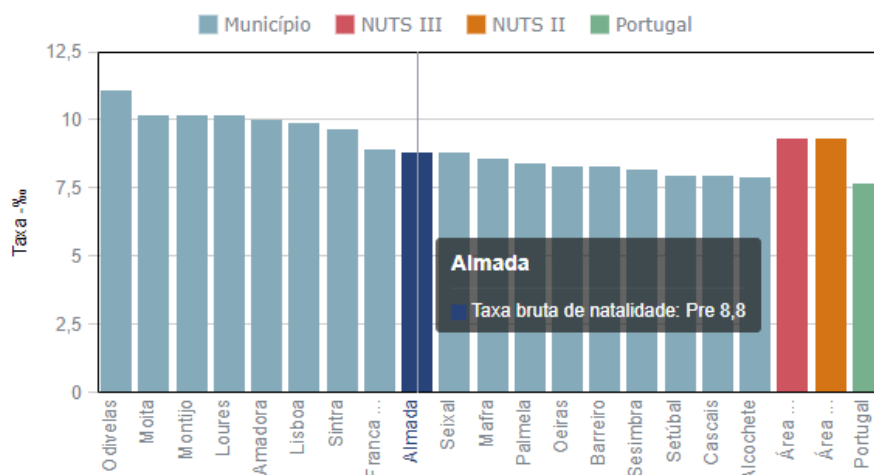


Figura 4 – taxa bruta de natalidade na AML em 2021

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Na figura 5, no que diz respeito à taxa bruta de mortalidade, o concelho estudado apresentava em 2021 um valor médio de 12,5 por 1000 residentes acima do valor médio dos concelhos da AML (11,6 por 1000 residentes) e do valor médio nacional (12 por 1000 residentes)

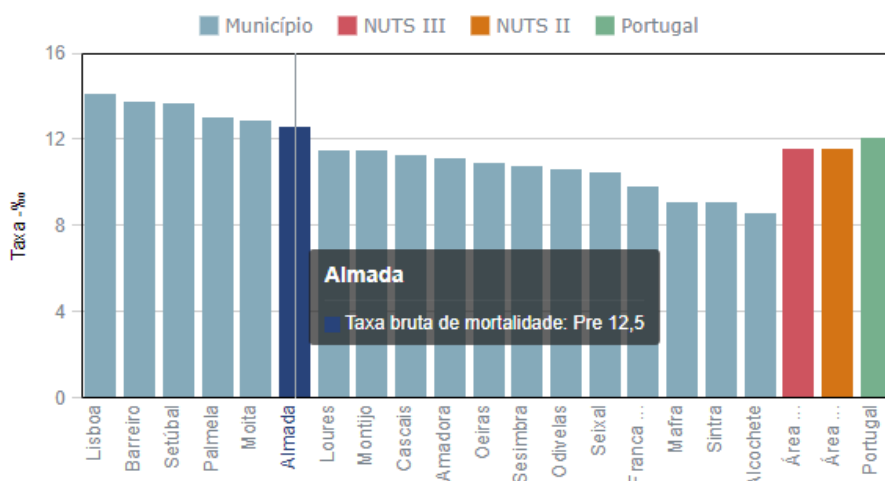


Figura 5 – taxa bruta de mortalidade na AML em 2021

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

2.3. CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA DO CONCELHO

No concelho de Almada os três principais setores empregadores, referem-se ao: alojamento, restauração e similares; comércio por grosso e retalho e atividades administrativas, representando cada um destes três setores aproximadamente 15% de empregos. A construção (9,5%) e as indústrias transformadoras (4,8%) ocupam as 4.^a e 5.^a posição dos setores que mais empregam no concelho (PORDATA, 2021).

O concelho de Almada apresentou em 2021, conforme figura 7, uma taxa média anual de desempregados inscritos no IEPF de 5,7% (figura 7) quando considerada a população residente com idade entre os 15 e os 64 anos em linha com a média da AML (5,9%) e do país (5,9%).

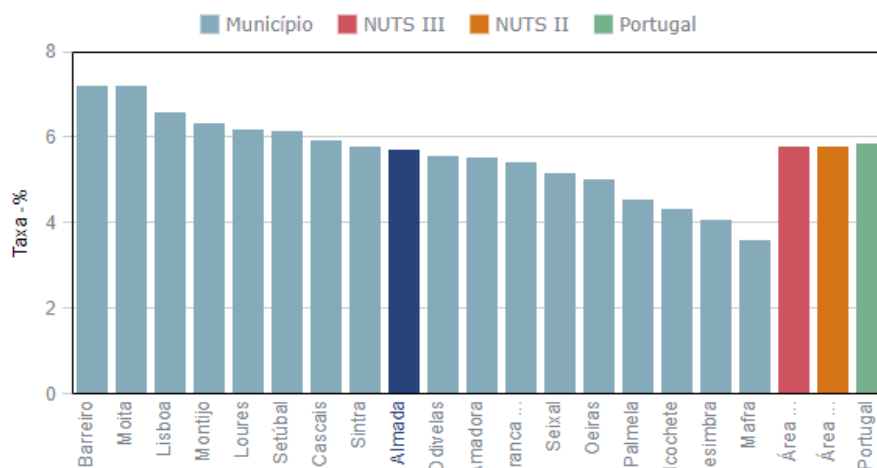


Figura 6 – Média anual dos desempregados inscritos IEPF em 2021 - ativos 15-64 anos
 Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

O salário médio mensal, no ano de 2019, como se pode observar na figura 8, situava-se nos 1.160,80€, abaixo da média dos concelhos da AML (1.477,40€) e do país (1.206,30€).

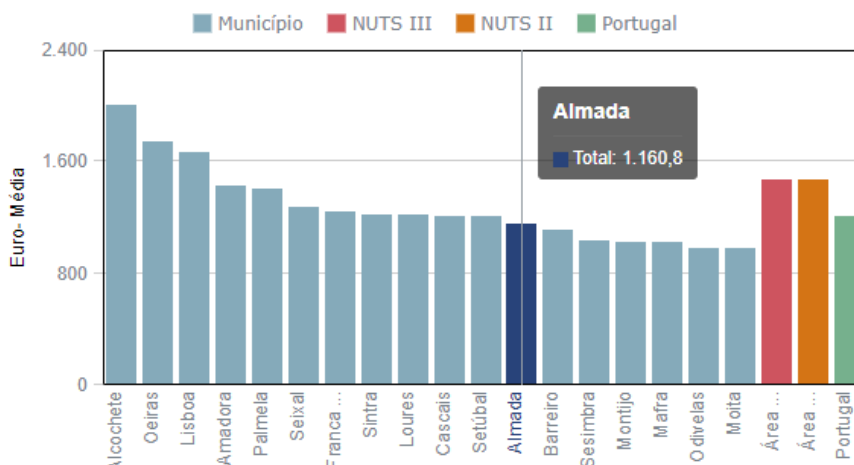


Figura 7 – Salário médio mensal por concelho na AML em 2019
 Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Ainda assim, e como demonstra a figura 9, o concelho de Almada, ocupava em 2019 o 5.º lugar no ranking dos 18 concelhos da AML, no ranking do poder de compra per capita (figura 9).

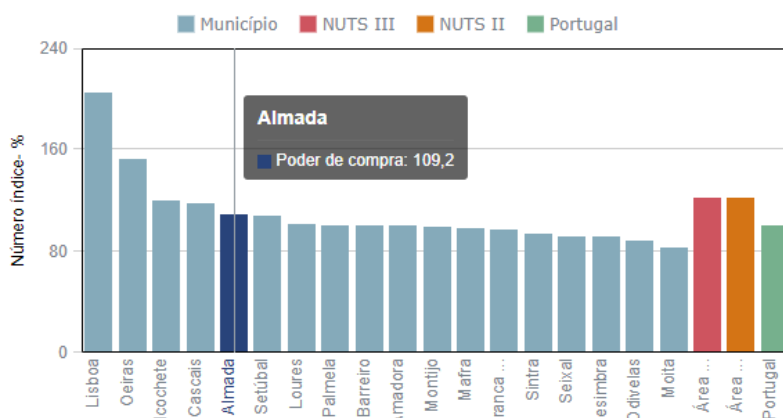


Figura 8 – Poder de compra per capita 2019

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Ao nível da morbilidade sénior o concelho de Almada apresentava (2021) uma morbilidade sénior com tendência decrescente na faixa etária acima dos 80 anos (figura 10).

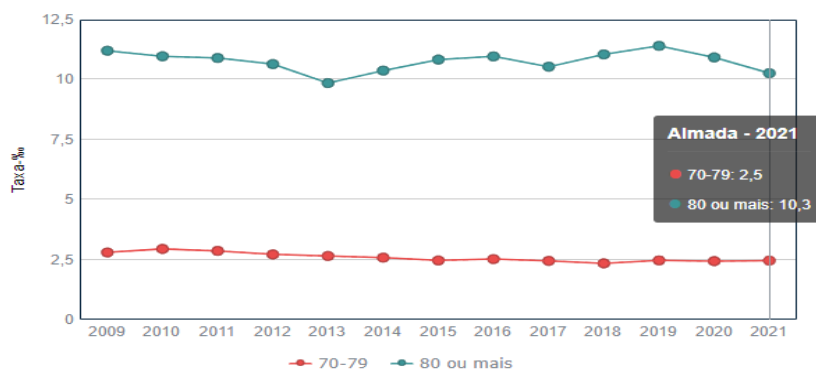


Figura 9 – Taxa de mortalidade sénior - 70 ou mais anos

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

A figura 11 pretende, apresentar a evolução dos óbitos apontando as causas de morte. Destacam-se como as principais causas de morte as doenças dos aparelhos respiratórios (aproximadamente 30%) e circulatórios (aproximadamente 25%) e os tumores malignos (aproximadamente 10%).

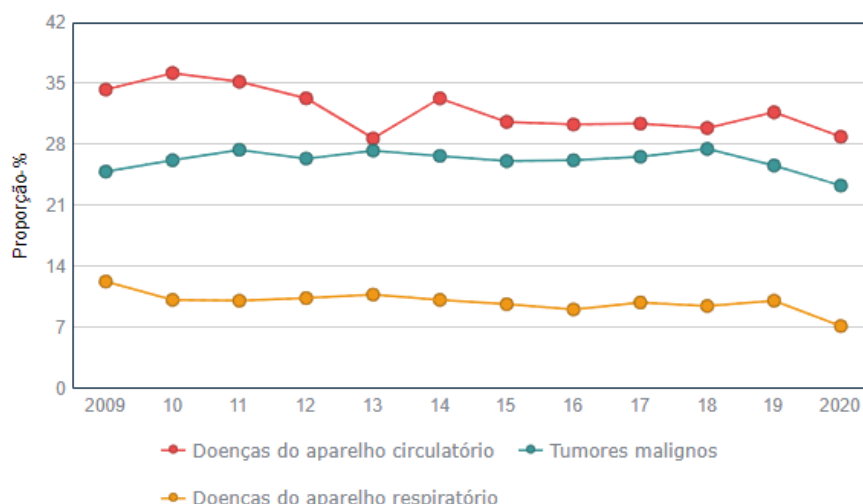


Figura 10 – Evolução óbitos por algumas causas de morte

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

2.4. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS ASSISTENCIAIS

Como respostas em saúde do concelho destacou-se o Agrupamento de Centros de Saúde de Almada-Seixal (ACES - AS) que constitui uma instituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) prestadora de Cuidados de Saúde Primários. De acordo com bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários (B I- CSP), o ACES-AS nasce em finais de 2012 da junção do ACES Almada do ACES Seixal Sesimbra (vertente do Seixal). O ACES-AS possui por 28 unidades funcionais prestadoras de cuidados de medicina geral e familiar, das quais:

- 20 Unidades de Saúde Familiar;
- 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP;
- 2 Unidades de Cuidados na Comunidade – UCC cada uma delas com abrangência concelhia;
- o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP),
- a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP,
- a Unidade de Saúde Pública (USP) abrangendo os dois concelhos.

O concelho de Almada, de acordo com os dados do INE/PORDATA, tinha em 2012 (dados mais recentes ainda não disponíveis) o rácio de um enfermeiro para cada 1662 habitantes como se pode observar na figura 12 Comparativamente a 1999, onde tinha um rácio de aproximadamente um enfermeiro por cada 1254 habitantes, verifica-se um aumento de aproximadamente 400 habitantes por enfermeiro.

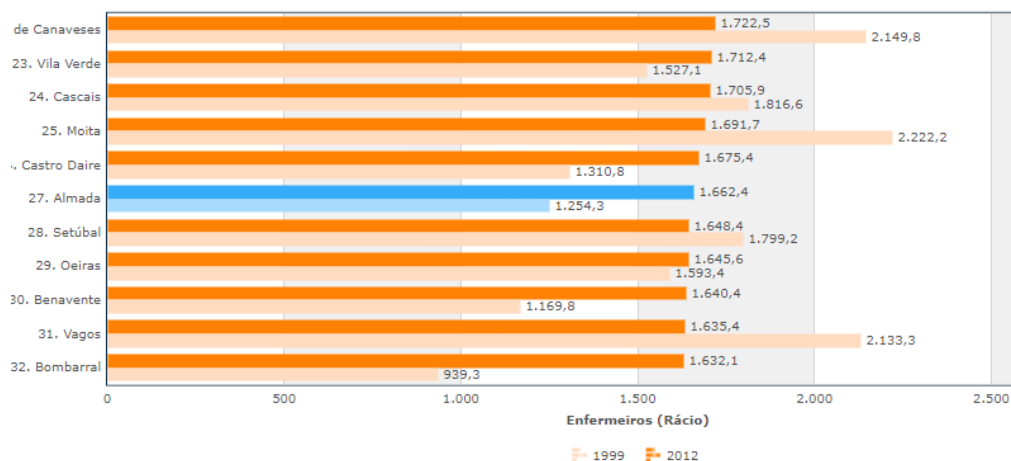


Figura 11 – Habitantes por Enfermeiro nos Centros de Saúde de Almada

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Relativamente aos médicos dos cuidados de saúde primários, a mesma fonte (INE/PORDATA), indica para o concelho de Almada em 2012 (dados mais recentes ainda não disponíveis), como se observa na figura 13, o rácio de um médico para cada 1490 habitantes o que representa um aumento de aproximadamente 470 habitantes relativamente a 1999 (nesse ano tinha um rácio de aproximadamente um médico por cada 1020 habitantes).

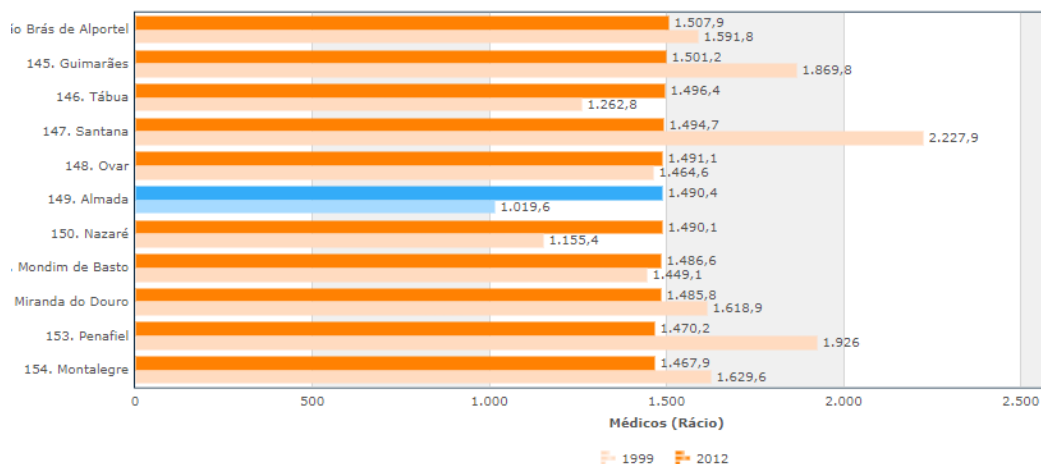


Figura 12 – Habitantes por Médico nos Centros de Saúde de Almada

Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Os "recursos comunitários são bens e serviços disponíveis para a comunidade, fornecidos por organizações públicas, privadas ou sem fins lucrativos, ou por pessoas na comunidade. Eles incluem instalações físicas, como escolas, igrejas, clubes e parques, bem como serviços de saúde, assistência social, transporte e segurança. Esses recursos são importantes para atender às necessidades da comunidade e melhorar a qualidade de vida de seus membros" (Nies & McEwen, 2019, p. 155).

Almada constitui um concelho com diversos recursos comunitários disponíveis para atender às necessidades da população. No quando seguinte podem observar-se alguns exemplos:

Área	Recursos	
Recursos de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Hospital Garcia de Orta (HGO). Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) - Assistente Social, Nutrição, Terapia da Fala, Cardiopneumologia, Higienista Oral, Fisioterapia, Psicologia. Unidade de Saúde Pública (USP) de AS. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) "A Outra Margem". <ul style="list-style-type: none"> Consulta de Medicina Dentária 	<ul style="list-style-type: none"> Serviço de Atendimento Complementar - Almada. Centro de Respostas Integradas (CRI) da Península de Setúbal - Equipa de Tratamento (ET) de Almada. Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Almada. Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce VIH. Saúde Oral nos CSP
	Privados Farmácias; Clínica CUF Almada, Lusíadas Almada e outras clínicas médicas. Clínica Dentária Egas Moniz; Centros de Exames Complementares de Diagnóstico; Centros de Medicina Física e Reabilitação.	
Sociais	Santa Casa da Misericórdia (Espaço Jovem; Centro Comunitário PIA I e II; Centro Integrado Arco-íris); AMI - Centro Porta Amiga de Almada; Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental (APPACDM); Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes do Monte da Caparica; Centro Social e Paroquial Cristo Rei e da Vila Nova da Caparica; Associação de Iniciativas Populares para a Infância do Concelho; União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR); Lares Cristo Rei, S. Francisco Xavier e Granja Luís Rodrigues	
Educação	19 Creches e Jardins de Infância; 7 Escolas Básicas; 2 Escolas Secundárias; 1 Escola Profissional; 5 Estabelecimentos de Ensino Superior; Universidade Sénior	
Desporto	Estabelecimentos de Ensino Superior; Universidade Sénior Desporto Complexo Municipal de Piscinas - Caparica; Complexo Municipal dos Desportos - Cidade de Almada; Estádio Municipal José Martins Vieira; Parque Aventura – Fun, Parque São João; Ciclovias e caminhos pedonais; Clubes e Coletividades; Parque da Paz	
Transportes	Fertagus; Metro Transportes do Sul; Carris Metropolitana; Transtejo Soflusa	
Segurança	Bombeiros Voluntários Trafaria, Almada e Cacilhas; GNR Trafaria; PSP Almada	

Quadro 1 – Recursos da Comunidade no Concelho de Almada

Fonte: Câmara Municipal de Almada Informa [Internet] 2014, consultada a 10/10/2022 e Manual de Acolhimento do utente da USFP

2.4.1 RECURSOS SOCIAIS PARA IDOSOS DA UNIÃO DE FREGUESIAS CAPARICA E TRAFARIA.

A União de Freguesias Caparica e Trafaria em 2021 tinha ao dispor das pessoas idosas várias respostas e equipamentos promovidos por três organizações de rede solidária: a Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA), o Centro Social e Paroquial Cristo Rei e o Centro Social Paroquial de Vila Nova da Caparica, destinadas a apoiar a comunidade local. Algumas das respostas sociais incluem cinco polos com capacidade de 390 pessoas (Caderno da União de Freguesias Caparica e Trafaria, 2021).

Esta resposta na União de Freguesias tem como objetivo promover a saúde e o bem-estar da sua população, fornecendo serviços e programas que ajudam as pessoas a adotar estilos de vida saudáveis.

Das respostas enunciadas e em relação ao objeto de estudo (o isolamento social do idoso) centros de dia com a finalidade de promover o convívio, a participação social e a realização de

atividades ocupacionais e de lazer por parte de pessoas idosas, confiantes para a manutenção da sua autonomia e da sua qualidade de vida;

O serviço de apoio domiciliário que visa prestar cuidados personalizados a pessoas idosas ou dependentes no seu domicílio, dispostos para a sua autonomia e para a manutenção das suas rotinas e hábitos de vida;

O apoio psicossocial: prestar apoio psicológico e social a pessoas em situação de emocional, isolamento social ou outra situação de vulnerabilidade, confiante para a sua estabilidade emocional e social;

Intervenção comunitária com o intuito de promover o desenvolvimento social e comunitário da população, através da dinamização de projetos e atividades que visem a promoção da cidadania ativa e da participação comunitária (Caderno da União de Freguesias Caparica e Trafaria,2021).

2.4.2 CARACTERIZAÇÃO DA UCC

A UCC onde se realizou o projeto de intervenção de tem por missão: “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, visando a obtenção de ganhos em saúde, através da intervenção de cariz comunitário, de uma equipa multidisciplinar. Esta atua em parceria com várias entidades do concelho, concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.” (Ministério da Saúde de Portugal, 2013)

O público alvo da UCC, conforme quadro 3 e figura 14, distribui-se essencialmente nos indivíduos com idades entre os 7 e os 64 anos representando este grupo etário aproximadamente 70% do total. O grupo etário menos representativo (6%) do público alvo são as crianças até aos 6 anos. Os restantes grupos etários (indivíduos entre os 65 e 74 anos e indivíduos com 75 ou mais anos representam cada um aproximadamente 12% do público alvo.

GRUPO ETÁRIO	Masculino		Feminino		TOTAL	%
	FA	FR	FA	FR		
0-6 anos	5178	50,92%	4990	49,08%	10168	5,89%
7-64 anos	57158	47,52%	63129	52,48%	120287	69,64%
65 - 74 anos	8952	44,04%	11375	55,96%	20327	11,77%
75 ou + anos	8791	40,04%	13163	59,96%	21954	12,71%
	80079	46,36%	92657	53,64%	172736	100,00%

Quadro 2 – Utentes da UCC por grupo etário [FA – frequência absoluta | FR – frequência relativa]

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150352/Pages/default.aspx>

A UCC dá resposta a 170 651 utentes distribuídos pelas 5 freguesias, conforme gráfico abaixo.

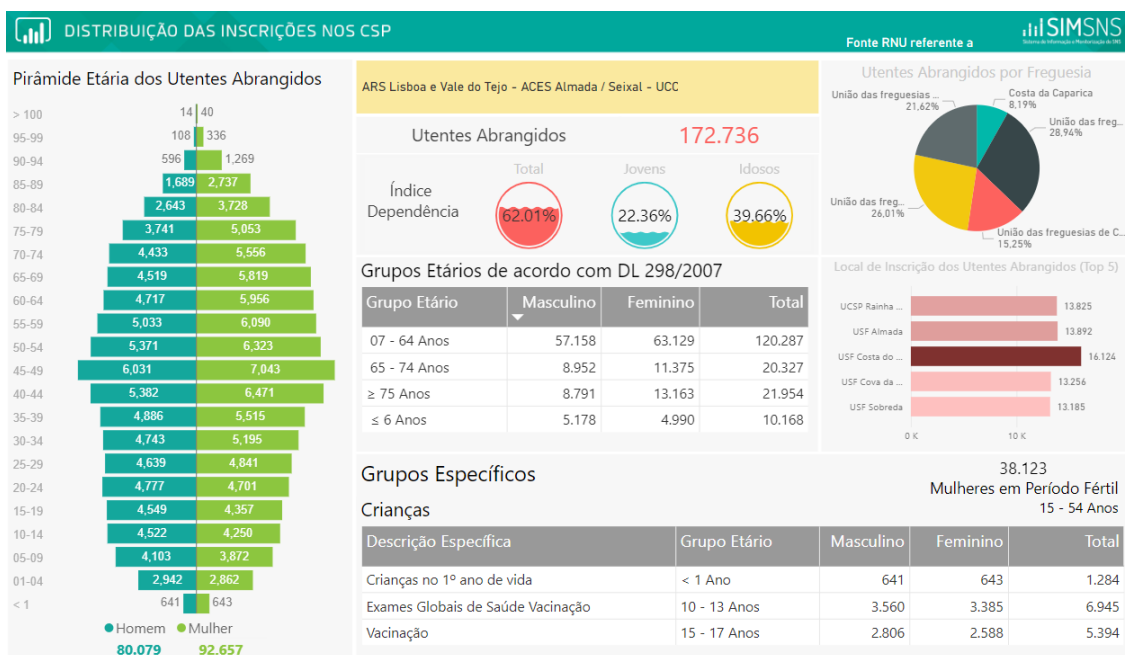


Figura 13 – Registo Nacional de Utentes da UCC
 Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150352/Paques/default.aspx>

A equipa da UCC é constituída por 14 enfermeiros, 1 secretário clínico, 4 técnicos superiores: 1 técnico superior serviço social, 2 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica – higiene oral e 1 técnico superior de diagnóstico e terapêutica – fisioterapia, totalizando 24 elementos.

Esta unidade de saúde visa uma melhoria dos cuidados de saúde da população abrangida pela sua área de influência, com cuidados de proximidade e respostas dirigidas a famílias, grupos vulneráveis articulando com as unidades de saúde.

São valores da Unidade garantir a qualidade e equidade, respeitando os princípios e os direitos da pessoa promovendo a sua autonomia de forma a responder a necessidades da população.

2.4.3. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

A Unidade de Saúde Familiar (USF), integra uma das unidades da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), situa-se na antiga freguesia da Caparica (reestruturação em 2013 na União das Freguesias de Caparica e Trafaria), zona periurbana do concelho, distrito de Setúbal. O seu horário de funcionamento é das 8h às 20h, colocando à disposição dos utentes a prestação de cuidados de saúde, médicos e de enfermagem. com a URAP (Psicologia e Higiene Oral) e com a Medicina Dentária (Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários – CSP). Os recursos humanos que compõem a unidade são: 21 elementos (sete médicos, sete enfermeiras e cinco assistentes técnicas, uma assistente operacional e um vigilante).

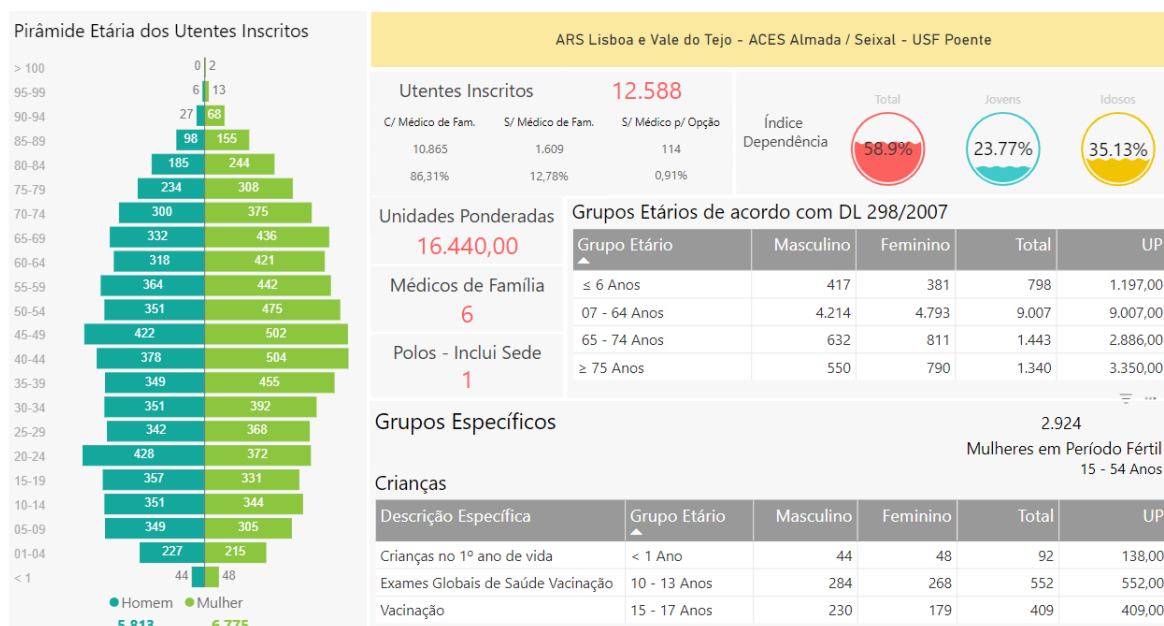


Figura 14 – Registo Nacional de Utentes da USF

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150352/Pages/default.aspx>

Em outubro de 2022, segundo o BI-CSP, estavam inscritos na USF 12 588 utentes (5813 do sexo masculino; 6 775 do sexo feminino), conforme figura 15 e quadro 4.

GRUPO ETÁRIO	Masculino		Feminino		TOTAL	%
	FA	FR	FA	FR		
0-6 anos	417	52,26%	381	47,74%	798	6,34%
7-64 anos	4214	46,79%	4793	53,21%	9007	71,55%
65 - 74 anos	632	43,80%	811	56,20%	1443	11,46%
75 ou + anos	550	41,04%	790	58,96%	1340	10,65%
	5813	46,18%	6775	53,82%	12588	100,00%

Quadro 3 – Utentes da USF por grupo etário [FA – frequência absoluta | FR – frequência relativa]

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150352/Pages/default.aspx>

A USF está localizada numa zona bem servida de transportes públicos e com acesso de automóvel facilitado pela existência de uma rede viária adequada e de parques de estacionamento.

A USF tem como objetivo oferecer cuidados de saúde personalizados, contínuos e abrangentes que sejam acessíveis, eficientes e de qualidade, levando em consideração o contexto biopsicossocial do utente, de modo a contribuir para a melhoria da saúde da população inscrita. Esta UF tem como visão promover um estilo de vida mais saudável, respeitando a individualidade e a diversidade cultural da população, enfatizando a humanização dos cuidados e assegurando a qualidade técnico-científica, a satisfação do utente e a realização profissional da equipa. Os valores

que norteiam a atividade da USF são autonomia, articulação, avaliação, cooperação, conciliação, gestão participativa e solidariedade.

2.5. CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O PNS 2021-2030 refere que, entre 2009 e 2019, o envelhecimento em Portugal tornou-se mais acentuado. O número de idosos, isto é, com idade superior ou igual a 65 anos aumentou em 350.028 pessoas, por outro lado o número de jovens diminuiu em 221.008 pessoas. No concelho de Almada, esta tendência também ficou evidenciada na caracterização acima, representando um crescimento considerável na última década. No período intercensitário 2011-2021, verificou-se um crescimento de 0,8% da população da Caparica, com um aumento na proporção de idosos (idade ≥ 65 anos) para 21,4% (INE, 2021).

2.6. DETERMINANTES DE SAÚDE

Os determinantes de saúde são fatores que influenciam a saúde dos cidadãos e podem ser agrupados em diferentes categorias: biológicos (idade, sexo), ambientais e estilos de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho socioeconómicos. Este conjunto é uma valiosa ajuda na caracterização de uma comunidade (Melo,2020).

2.6.1. FATORES SOCIOECONÓMICOS

De acordo com os Censos de 2021(dados provisórios), na Caparica apresenta-se a seguinte distribuição, de acordo com o grau de escolaridade: sem escolaridade – 16,2%; 1º ciclo – 20,3%; 2º ciclo – 11,4%, 3º ciclo – 17,7%; ensino secundário – 21,8% e superior – 12,6%. Existe uma maior percentagem de residentes sem escolaridade e uma menor percentagem de residentes com ensino superior, quando comparado com o concelho de X (sem escolaridade- 13,1%, ensino superior- 21%).

Na Caparica, a taxa de analfabetismo, é de 5,2%, a mais alta do concelho. A taxa de abandono escolar é também elevada (2,5%), sendo superior à do concelho (2,0%) e à nacional (1,7%).

Em 2011, a taxa de desemprego na Caparica era de 18,4%, superior à nacional (13,2%). O relatório de estatísticas do Instituto Português de Emprego e Formação Profissional (IEFP), do total de inscritos no Centro de Emprego no concelho de Almada em junho de 2022 (n=4 826), 51,7% encontravam-se inscritos há menos de 1 ano e 91,5% encontravam-se à procura de novo emprego. A principal fonte de emprego na Caparica era o setor terciário, que empregava 72,4% da população ativa da freguesia

Segundo o Caderno Retrato das Freguesias do Diagnóstico Contínuo da Rede Social de Almada, em 2020, a freguesia registava 645 beneficiários do subsídio de desemprego (concelho de Almada com um total de 3 767), um aumento de 89,7% face a 2019 e a maior variação do concelho.

Em 2020, a União de Caparica e Trafaria contava com 1 677 beneficiários do rendimento social de inserção (um terço de todo o concelho) e 492 beneficiários do complemento solidário para pessoas idosas (22,5% do concelho).

A União de Freguesias Trafaria e Caparica apresenta um maior número de famílias monoparentais do concelho (1 761, de um total concelhio de 9 926), sendo 85,4% destas constituídas por mães e os seus filhos; e a freguesia do concelho com uma percentagem maior de famílias numerosas (≥5 pessoas).

Em 2021, regista-se a existência de um número significativo de Habitação Social Camarária no concelho de Almada – 800 fogos, num total de 2 245 fogos – pelo que esta parcela significa uma percentagem de 35,6% em relação ao total existente no concelho.

Segundo o Relatório de Atividades do Núcleo de Planeamento e Intervenção com Pessoas em Situação de Sem-Abrigo de Almada 2020, a 31 de dezembro desse ano, em Almada, estavam identificadas 75 pessoas em situação de sem abrigo, sendo que, durante 2020, ocorreram 28 novas sinalizações. A Caparica é a segunda freguesia com maior número de pessoas sem abrigo.

2.6.2. FATORES AMBIENTAIS

Quanto a saneamento básico, a população do concelho, segundo o Perfil Local de Saúde (PeLS,2017), tem uma cobertura de 100%.

Em relação à qualidade do ar é globalmente muito boa (QUALAR, consultado a 10/10/2022). Esta mesma fonte refere que as principais fontes de poluição do ar são as emissões atmosféricas resultantes do tráfego rodoviário neste concelho. Existem ainda fontes de emissão pontuais, associadas à indústria de armazenamento de cereais. A geografia do concelho de Almada determina uma grande variedade de paisagens e habitats: frente litoral atlântica; frente ribeirinha norte e interior do concelho.

2.6.3. ESTILOS DE VIDA

De acordo com PLS do ACES-AS 2017 provisório, em dezembro de 2016, 15,6% da população inscrita no ACES tinha excesso de peso, sendo a proporção mais elevada nos homens (17,1%) que nas mulheres (14,5%), e 13,3% da população inscrita era obesa, valor muito superior ao registado na ARSLVT (7,1%).

Dados do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo da Direção-Geral da Saúde (DGS) de 2020 estimam que o tabagismo seja responsável por 11,7% do total de mortes no país.

Na Área Metropolitana de Lisboa, estima-se que a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos seja de 22% nos homens e de 14,9% nas mulheres. É o principal fator de risco para neoplasias – nomeadamente da árvore traqueobrônquica e pulmonar – que são a 2ª principal causa de morte nos concelhos de Almada e Seixal. Em praticamente todas as listas de utentes da região, o abuso do tabaco figura no Top 5 dos problemas de saúde mais frequentes.

Abordando o consumo de álcool, Portugal registava um consumo per capita (acima dos 15 anos) de 12,1 litros de álcool puro por ano, superior à média europeia (9,5), segundo dados do Relatório Anual 2020 - A Situação do País em Matéria de Álcool.

2.6.4. FATORES BIOLÓGICOS

Notícias sobre o tema da solidão e do isolamento na velhice são uma realidade do nosso quotidiano. De acordo com estatísticas do INE (Censos 2011 – Momento Censitário – 21 março 2011) existiam 400.964 idosos que viviam sozinhos em Portugal.

De acordo com o Caderno da União de Freguesias Caparica e Trafaria (2021), em 2011 existiam nesta freguesia 974 famílias unipessoais de pessoas com idade igual a 65 ou mais anos que residiam nesta freguesia; destacando-se um maior número de mulheres com 65+ a viver sozinhas do que homens com 65 o a viver sozinhos (75% Mulheres e 25% Homens); das 729 mulheres na União, 68% estavam na freguesia da Caparica.

Da análise dos resultados dos Censos 2011, comparando com os dois Censos anteriores (1991 e 2001), foram executados vários estudos, relativos ao tema das pessoas que vivem sós. De acordo com o mesmo, os agregados domésticos de uma só pessoa, nas últimas décadas em Portugal, tinham vindo a aumentar gradualmente percebendo-se que, entre 1991 e 2011, o número de pessoas sós praticamente duplicou. Verificou-se ainda que estas pessoas tinham 65 ou mais anos, eram maioritariamente do sexo feminino, pessoas com baixa quase sempre reformadas, que viviam sozinhas, em muitos casos viúvas. Apesar de ainda não se encontrar disponível a informação relativa aos Censos 2021, pensa-se que será razoável assumir que esta tendência se tenha mantido na década que se seguiu aos Censos 2011 (PNS, 2021-2030).

De acordo com a operação “Censos Sénior 2017” que a Guarda Nacional Republicana (GNR) realizou no território nacional, identificando a população idosa que vive sozinha e/ou isolada, foram identificados 28 279 idosos a morar sozinhos, destes, 5124 vivem isolados e 3521 sozinhos e isolados. Sendo o distrito de Setúbal o mais aproximado da realidade em estudo, verificou-se neste distrito 168 homens e 391 mulheres a residirem sozinhos, sendo que sozinhos e isolados vivem 63 homens e 94 mulheres.

Analisando a magnitude do índice de envelhecimento no concelho de Almada, não existem margens para dúvidas, de que a população se encontra envelhecida, situando-se acima das médias regional e nacional (PLS AS, 2013-2016). Este envelhecimento impõe preocupações quanto ao estado de saúde da população e à acessibilidade aos cuidados de saúde.

2.7. PROBLEMAS IDENTIFICADOS NA COMUNIDADE

O PNS 2021-2030 refere que em relação às necessidades por determinantes de saúde, as mais agravadas pela pandemia de COVID-19 são relacionadas com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde e de determinantes demográficos e sociais. Destacam-se para a cobertura universal de cuidados de saúde, o acesso e a despesa pública com serviços essenciais, e o desemprego, emprego precário e o isolamento social.

O PLS 2013-2016, identifica vários problemas /necessidades de saúde neste concelho, tais como:

- doença isquémica cardíaca,
- as doenças cerebrovasculares,
- as perturbações mentais e do comportamento,
- a diabetes mellitus
- o tumor maligno da mama feminina
- a SIDA/infeção VIH,
- a tuberculose,
- a pneumonia, o tumor maligno do cólon e reto,
- o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, e a doença pulmonar obstrutiva crónica.

Com base na análise do PNS 2021-2030, são definidas as prioridades em saúde (quadro 5) entre estas encontram-se o aumento do acesso aos cuidados de saúde, a redução das desigualdades em saúde, o combate às doenças crónicas, a promoção da saúde mental e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Ordenação das 12 primeiras Necessidades de Saúde:

que partem dos problemas de saúde	que partem dos determinantes de saúde
1º Enfarte agudo do miocárdio	1º Oferta e acessibilidade a medicamentos
2º Tumor maligno do cólon e reto	2º Financiamento da saúde
3º Acidente vascular cerebral	3º Cobertura universal
4º Tumor maligno da mama feminina	4º Acesso a cuidados na doença
5º Tumor maligno do pulmão	5º Acesso a cuidados paliativos
6º Emergências em saúde pública	6º Acesso a cuidados de saúde mental
7º Depressão	7º Acesso a cuidados continuados
8º Tumor maligno do cérebro	8º Qualidade da prestação de cuidados
9º Tumor maligno do estômago	9º Governação
10º Tumor Maligno da próstata	10º Despesa pública com serviços essenciais
11º Tumor maligno do pâncreas	11º Pobreza nas crianças
12º Outras demências	12º Excesso de peso e obesidade

*Quadro 4 – Necessidades de saúde sentidas ou percebidas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por ordem de prioridade
(Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021)*

De acordo com as várias partes interessadas que compõem a Comissão de Acompanhamento do PNS (2021-2030), a pandemia de COVID-19 teve e terá um impacto negativo significativo em várias necessidades de saúde. Entre as necessidades de saúde que mais sofrerão ou já ficaram com a pandemia, estão a ansiedade, a depressão, a dependência do álcool e as emergências em saúde pública (quadro 6). Além disso, foram identificadas outras necessidades de saúde que não teriam um impacto tão direto, como alguns tumores malignos. Quanto aos determinantes de saúde, os *stakeholders* identificam que os mais protegidos pela pandemia são aqueles relacionados com o sistema de saúde, a prestação de cuidados de saúde, demografia e fatores sociais, como a cobertura universal de cuidados de saúde, acesso aos serviços essenciais e desemprego, emprego precário e isolamento social. Também foi observado um aumento no uso excessivo/abusivo da *internet*, considerado um determinante comportamental vulnerável à pandemia.

**Grau de impacto da pandemia de COVID-19
nas Necessidades de Saúde:**

que partem dos problemas de saúde	que partem dos determinantes de saúde
1º Ansiedade	1º Cobertura universal de cuidados de saúde
2º Depressão	2º Acesso à prestação de cuidados na doença
3º Emergências em saúde pública	3º Desemprego
4º Dependência do álcool	4º Despesa pública com serviços essenciais
5º Tumor maligno do cólon e reto	5º Emprego precário
6º Infecções respiratórias baixas	6º Financiamento da saúde
7º Tumor maligno da mama feminina	7º Uso excessivo/abuso da <i>internet</i>
8º Suicídio	8º Isolamento social
9º Doença de Alzheimer	9º PIB (Produto Interno Bruto) <i>per capita</i>
10º Acidente vascular cerebral	10º Resiliência do sistema económico
11º Tumor maligno do cérebro	11º Governação
12º Doença pulmonar obstrutiva crónica	12º Qualidade da prestação de cuidados

*Quadro 5 – Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por grau de impacto da pandemia de COVID-19
(Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021)*

Muitos dos problemas mencionados encontram-se na população idosa estudada. De acordo com os peritos na área de enfermagem comunitária e de Saúde Pública (Enfermeiros Responsáveis da UCC e da USF), destacam-se nos idosos os problemas identificados no quadro 7:

Lista de Problemas Identificados
Isolamento social no idoso
Sentimento de tristeza
Falta de ocupação
Multimorbilidades
Perda de autonomia
Insuficiência económica

*Quadro 6 – Lista de Problemas Identificados
(Fonte: elaboração própria)*

O PLS (2013-2016) destaca, neste concelho como mais vulneráveis, os idosos as crianças /adolescentes e jovens institucionalizados. Ainda de acordo com o plano no concelho de Almada, destaca-se, nos últimos dez anos, o aumento de 32,6% de pessoas com 65 ou mais anos.

“A análise da magnitude do índice de envelhecimento não deixa margens para dúvidas quanto ao estado envelhecido da população residente no concelho de Almada, situando-se acima das médias nacional e regional” (PLS AS,2013-2016, p18). Este envelhecimento impõe preocupações quanto ao estado de saúde da população e na acessibilidade aos cuidados de saúde.

As doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, pelas suas características se podem levar à incapacidade e tornarem-se crónicas, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas, com custos elevados quer individuais, quer familiares e sociais. No entanto, hoje em dia sabe-se que grande parte das complicações destas doenças, pode ser retardada no seu aparecimento, bem como minorados os seus efeitos.

Existem vários fatores que, acontecendo frequentemente nas pessoas idosas, condicionam e alteram a sua condição de saúde, bem como a sua autonomia e qualidade de vida, tais como: a patologia crónica múltipla, os fenómenos de desertificação, as fragilidades económicas, as alterações da estrutura familiar e as inaptações do meio habitacional, a polimedicação, os acidentes domésticos e de viação, o luto, os internamentos institucionais, o isolamento social (PNSPI, 2006).

A responsabilização de toda a comunidade, nomeadamente dos responsáveis políticos, na promoção da autonomia e da independência na pessoa idosa é um imperativo de natureza ética, em a que cada cidadão se sinta como elemento dinamizador e influenciador a favor da saúde dos mais vulneráveis (PNSPI, 2006).

O PNS 2021-2030 refere que, em 2019, conforme se pode observar na figura 14, o indicador relativo aos anos de vida saudável aos 65 anos, regista valores inferiores aos da média União Europeia (UE), assim foi de 6,9 nas mulheres e de 7,9 nos homens, já na EU, os valores são de 10,4 e 10,2 respetivamente.

Os anos de vida saudável aos 65 anos, em Portugal revelam algum contraste entre o sexo masculino e o sexo feminino, no entanto esta diferença tem vindo a reduzir (figura 16).

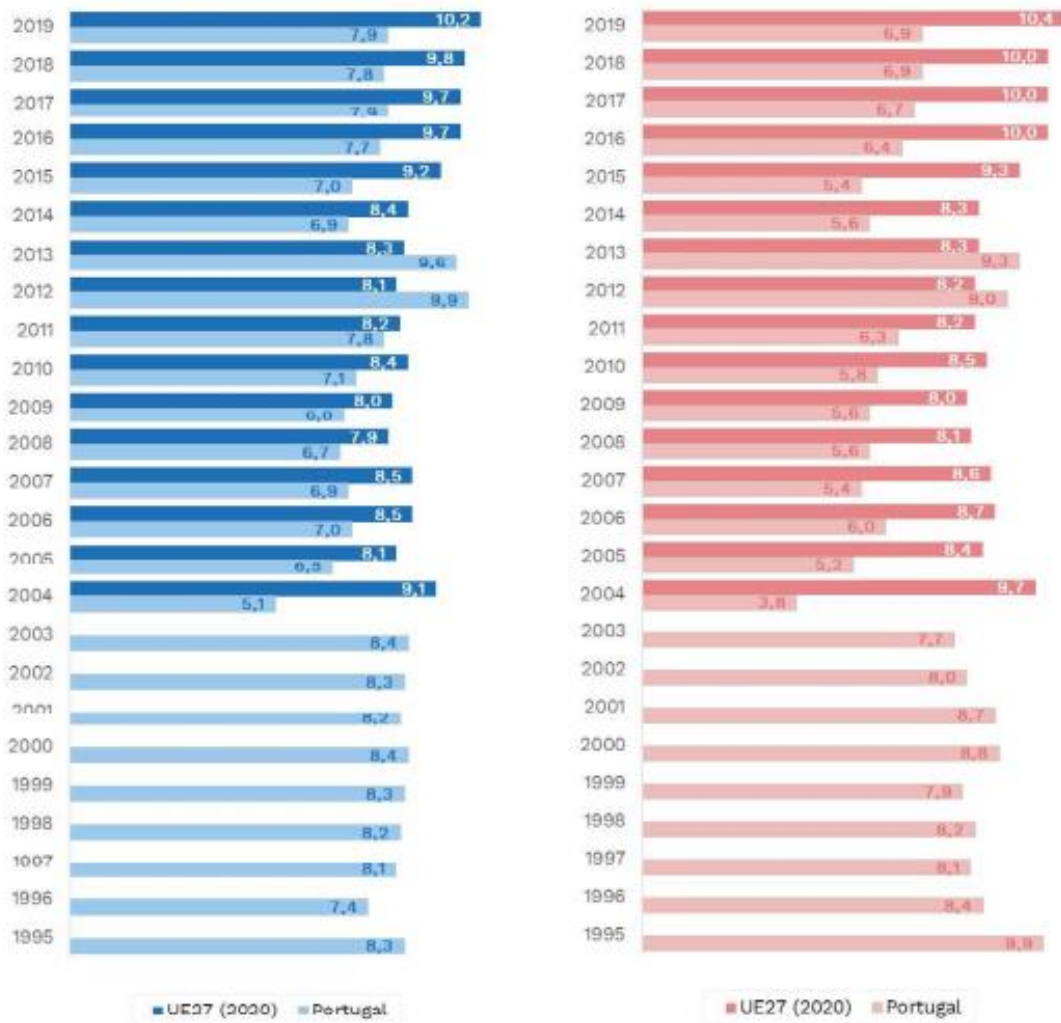


Figura 15 – Indicador relativo aos anos de vida saudável aos 65 anos (homens/mulheres)
 Fonte: INE/PORDATA Disponível em: <https://www.pordata.pt/>. Consultado em: outubro/2022

Em outubro de 2022, segundo o BI-CSP, estavam inscritos na USF 12 588 utentes (5813 do sexo masculino; 6 775 do sexo feminino).

3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

O planejamento em saúde tem como segunda etapa a determinação de prioridades, para responder às necessidades das populações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa é condicionada pelo diagnóstico e ao mesmo tempo tem influência na etapa seguinte, determinação de objetivos.

Segundo Melo (2020) é importante definir prioridades, pois na comunidade encontramos numerosos diagnósticos/necessidades de saúde. Assim devemos incluir critérios rigorosos para podermos decidir. Priorizar é de extrema importância, pois na comunidade encontramos múltiplos diagnósticos de enfermagem.

No contexto dos CSP, é importante que o enfermeiro da USP (Unidade de Saúde Pública) desenvolva com os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária a priorização de projetos com base no diagnóstico, de forma a ir ao encontro das necessidades da comunidade (Melo, 2020).

Deste modo, foi realizada uma reunião formal na UCC entre mim, enfermeira Lúcia Nogueira, aluna de Mestrado, a coordenadora da UCC e especialista em enfermagem comunitária e a enfermeira coordenadora da USF, enfermeira especialista de enfermagem. Optou-se pela aplicação da técnica de *Brainstorming*.

A técnica de *Brainstorming* é desenvolvida em grupo, iniciando com os participantes a responder a uma questão primordial. O objetivo da reunião consiste na produção de ideias, sem críticas e sem avaliação (Tavares, 1992).

Após a aplicação da técnica foram identificados problemas e necessidades, tendo em conta os indicadores demográficos e de saúde da comunidade em questão. Chegámos à conclusão de que a temática relacionada com o isolamento social no idoso era prioritária, recaindo sobre a identificação das suas necessidades/dificuldades, com o objetivo de identificar os idosos em risco de isolamento social. Após escrutínio dos indivíduos a incluir na amostra aplicaram-se os instrumentos de recolha de dados, neste caso um inquérito socio demográfico e duas escalas (UCLA e LSNS-2).

Por forma a obtermos uma lista de problemas prioritários Melo (2020) refere que estes devem ser organizados e devidamente hierarquizados.

A determinação de prioridades é uma das fases da metodologia do planejamento em saúde. Existem várias técnicas e formas de priorizar os problemas. Neste caso a que considerámos adequada foi o Método de Hanlon. O método de Hanlon apresenta quatro prioridades: (A) amplitude ou magnitude do problema; (B) gravidade do problema; (C) eficácia da solução (D) exequibilidade do projeto. Os problemas identificados foram ordenados no quadro abaixo, criando-se um cálculo da fórmula, que se destina a cada um dos problemas: Valor de Prioridade = (A+B) x C x D A amplitude ou magnitude do problema (A) correspondendo ao número de pessoas afetadas pelo problema. A

gravidade do problema (B), pretende avaliar, taxas de mortalidade, morbidade, incapacidade e custos associados. Varia entre 0 e 10. A eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema (C), Recursos e tecnologia que tenham eficácia na sua resolução ou melhoria. Avalia-se de num intervalo de 0,5 (difícil solução) a 1,5 pontos (fácil solução) com a exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) apresenta a sigla PEARL: Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitabilidade, Disponibilidade de Recursos e Legalidade. Corresponde a uma escala de sim ou não que corresponde a 1 ou 0 respetivamente (Tavares, 1992).

MÉTODO DE HANLON						Formula
Diagnósticos		Amplitude [0-10]	Gravidade [0-10]	Eficácia [0,5-1,5]	Exequibilidade 0 ou 1	(A+B) Cx D
P1	Isolamento social	9	10	1,5	1	24
P2	Solidão	8	9	0,5	1	12,5
P3	Insuficiência económica	7	8	0,5	0	0
P4	Défice de conhecimentos sobre fatores de risco de isolamento social	8	8	1,5	1	20
P5	Comunicação comprometida	5	10	1,5	0	0
P6	Apoio comprometido	8	8	1	1	16

Quadro 7 – Método de Hanlon
(Fonte: elaboração própria)

4. METODOLOGIA

O diagnóstico da situação é parte essencial no planeamento em saúde. Este exige a definição das necessidades Imperatori & Giraldes (1993) referem que devemos partir do diagnóstico para definirmos a nossa intervenção. Para formular o diagnóstico de situação devemos ter em conta as necessidades da comunidade.

De acordo com Melo (2020) o diagnóstico de situação deve ser a primeira abordagem do planeamento em saúde .

A WHO (1998) define que os determinantes de saúde condicionam o estado de saúde dos indivíduos e da comunidade. Estes determinantes são o conjunto de fatores ambientais, sociais, económicos, que atuam entre si.

4.1. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através de três elementos, um questionário e duas escalas. Foi elaborado para instrumento de recolha de dados um questionário com caracterização sociodemográfica (apêndice I), com aplicação de pré-teste para avaliação do risco de isolamento. Os questionários serão preenchidos pelo investigador, no caso de os indivíduos não saberem ler nem escrever, será lido na íntegra e preenchido de acordo com a resposta dada pelo inquirido. É preenchido pelo próprio caso não se coloque esta condição, após leitura e assinatura do consentimento informado (apêndice II). As duas escalas foram validadas para a língua e cultura portuguesas. A escala UCLA – *Loneliness Scale* (anexo I) foi adaptada pelos seguintes autores: Margarida Pocinha, Carlos Farate e Carlos Amaral Dias. Estas escalas têm como finalidade identificar o risco de isolamento social nos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. A escala UCLA (anexo II) é considerada uma escala que tem uma fidedignidade elevada como instrumento de diagnóstico da solidão geriátrica. É uma escala composta por 27 itens (versão portuguesa). As respostas variam entre o “nunca e frequentemente”, em que o nunca tem pontuação de 1 e o frequentemente tem a pontuação de 4. A UCLA tem como ponto de corte 40 (até 39 sem solidão, mais de 39 com solidão) disponível. Esta escala é constituída por dois conjuntos de três questões cada um, que avaliam as relações familiares, mas também as relações de amizade. A LSNS-6 variando entre 0 e 5. Para se calcular o *score* total da escala somam-se os 6 itens, sendo a pontuação mínima 0 e a pontuação máxima 30. Uma pontuação inferior a 12 identifica o indivíduo como socialmente isolado (Ribeiro et al., 2006).

Os dados recolhidos serão codificados e tratados estatisticamente através do acesso ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS). Os documentos de recolha de dados serão anónimos, não sendo por isso registada informação que possibilite a identificação dos participantes.

A informação recolhida será processada na forma de dados agregados pelo investigador, sendo apenas solicitadas informações pertinentes para o estudo em causa.

4.1.1. ESCALA UCLA

A versão portuguesa da escala UCLA ficou constituída por 16 itens; apresenta duas dimensões (isolamento social e afinidades); tem elevada consistência interna e uma pontuação global >32 indicativa de sentimentos negativos de solidão (Pocinho, 2010).

Os itens que constituem a escala UCLA são questões que pretendem analisar os sentimentos e relações dos indivíduos, através de respostas com quatro níveis: frequentemente (4), algumas vezes (3), raramente (2) e nunca (1). O somatório das respostas dadas pelos indivíduos é indicativo dos sentimentos negativos de solidão e do risco de isolamento.

4.1.2. ESCALA LSNS-6

A Escala Breve de Redes Sociais de *Lubben* (no original, *Lubben Social Network Scale*), designada habitualmente pelas iniciais LSNS, é um instrumento popular na investigação em populações idosas por ser de fácil aplicação. Os autores da escala propuseram recentemente uma revisão da mesma relativamente às suas características psicométricas resultando daí uma versão reduzida de apenas seis perguntas – a LSNS-6, três relativas às relações com a família e três relativas às relações com amigos.

A aplicação da escala consiste num questionário com 6 questões com possibilidade de resposta em 6 níveis que representam a quantidade de pessoas (familiares ou amigos) com que os indivíduos se relacionam ou confiam.

De modo a classificar os idosos em relação às suas redes sociais, designadamente o risco de isolamento social, os autores originais da escala determinaram como ponto corte o valor 12, sendo que abaixo deste valor existirá isolamento social (Ribeiro et al., 2006).

4.2. POPULAÇÃO, POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA

De acordo com Melo (2020), a população é o conjunto de indivíduos que possuem uma ou mais características em comum. Já a população-alvo é um subconjunto da população que é selecionado para receber a intervenção ou participar do estudo em questão. Por fim, a amostra é um

grupo de indivíduos selecionados a partir da população-alvo para participar do estudo, com o objetivo de representar a população-alvo como um todo.

A escolha da amostra deve ser cuidadosamente planeada para garantir a representatividade da população-alvo, evitando possíveis vieses e distorções nos resultados. Para isso, podem ser utilizadas técnicas de amostragem probabilística, como a amostragem aleatória simples, estratificada ou por conglomerados, ou amostragem não-probabilística, como a amostragem por conveniência ou intencional.

Definiu-se como população os indivíduos da área geográfica da Caparica. Como população-alvo, os utentes inscritos numa lista de utentes que tenham idade igual ou superior a 65 anos e que residam sozinhos. Desta população alvo, será obtida uma amostra não probabilística, intencional de todos os indivíduos a residir sozinhos que se disponibilizaram e deram o seu consentimento informado, em consulta de enfermagem ou a quem prestei visitação domiciliária de dezembro a janeiro de 2023.

Foram definidos como critérios de inclusão:

1. Popula o com 65 ou mais anos
2. Residir sozinhos.

Como critérios de exclusão definimos pessoas com doença mental e/ou analfabetismo.

4.3. CONSIDERA ES  TICAS

Na consecua o deste projeto foram tidas em conta várias questões  ticas legais.

Relativamente aos questionários aplicados, todos os utentes foram informados sobre a finalidade e os objetivos do mesmo. O consentimento informado (apêndice II) foi sempre solicitado ao utente e informados os participantes que podem recusar ou interromper a qualquer momento sem qualquer prejuízo para o próprio, tendo a sua participa o sido voluntária. Foi entregue a cada indivíduo um duplicado do consentimento informado.

Os resultados foram analisados e tratados através de um procedimento de análise e tratamento estatístico dos dados do estudo no programa informático.

Todos os instrumentos de colheita de dados foram guardados em local seguro fechados a chave, com a condi o de destrui o após término do estudo.

Foi solicitada autoriza o de utiliza o de ambas as escalas: UCLA e LSNS-6. Da escala UCLA foi solicitada autoriza o de utiliza o (apêndice III) e concedida a respetiva autoriza o (anexo III). Da escala LN *Network Scale of Social Support Lubben* (LSNS-6), versão portuguesa, foi solicitada autoriza o de utiliza o aos seus autores (apêndice IV) e concedida a respetiva autoriza o (anexo IV).

Foram ainda solicitadas autorizações de implementação do projeto (apêndice V) às Unidades, nomeadamente à UCC, à USF e ao ACES. Ambas as autorizações foram concedidas através de declarações emitidas respetivamente pela Coordenadoras da UCC (anexos V), pela Coordenadora da USF (anexo VI) e pelo Diretor do Agrupamento de Centros de Saúde (anexo VII).

Foi também garantindo o anonimato e a confidencialidade de todos os dados fornecidos (apêndice VIII).

5. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

A amostra foi caracterizada recolhendo os dados sociodemográficos, através de questionário, do qual se obteve os dados apresentados neste subcapítulo, tratados com recurso ao programa SPSS.

A amostra é constituída por um grupo de 32 utentes, a viver sozinhos e com idades compreendidas entre os 65 e 92 anos, 5 do sexo masculino (22%) e 27 do sexo feminino (78%).

Relativamente à profissão (quadro 9) os elementos da amostra, enquanto ativos, estão representados vários sectores destacando-se como as profissões mais representativas: empregadas domésticas/limpeza – 6 (19%), costureiras – 5 (16%), domésticas – 5 (16%) e cozinheiras/ajudantes de cozinha – 4 (13%) representando estas 4 profissões a maior parte da amostra 20 (63%).

	Frequência	Percentagem		Frequência	Percentagem
Construtor Civil	1	3,1	Empregada Doméstica	6	18,8
Contabilista	1	3,1	Médica	1	3,1
Costureira	5	15,6	Oficial Diligências	1	3,1
Cozinheira/Aj. Cozinha	4	12,5	Operário Fabril	2	6,3
Doméstica	5	15,6	Serralheiro	2	6,3
Doqueiro	1	3,1	Técnico Contas	1	3,1
Empregada Comércio	1	3,1	Vendedora	1	3,1

Quadro 8 – Frequência das Profissões da Amostra
(Fonte: elaboração própria)

Tratando a amostra de pessoas que vivem sozinhos, é importante perceber porque estão nessa condição. A grande maioria da amostra, 24 (75%) elementos são viúvos, os restantes estão separados/divorciados 5 (16%) ou são solteiros 3 (9%), conforme gráfico da figura 17.

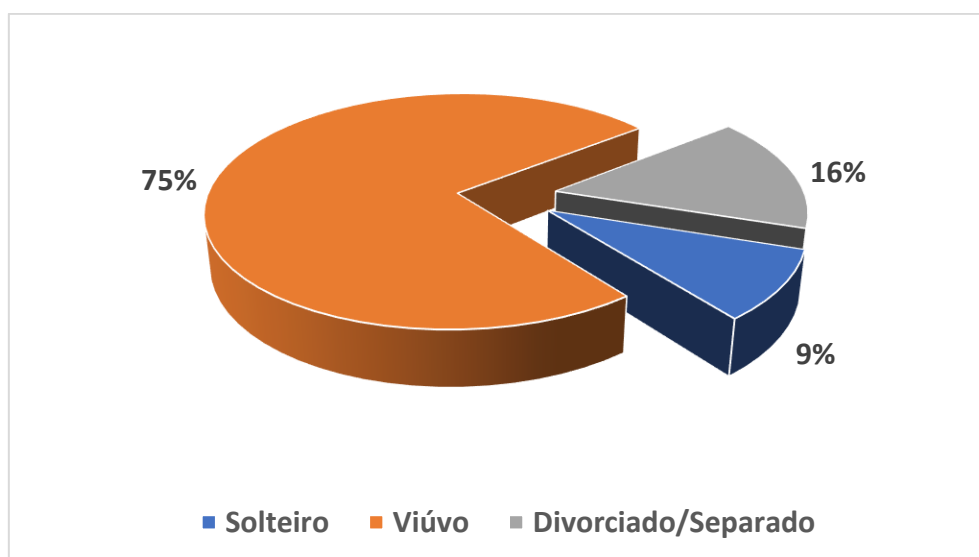


Figura 16 – Distribuição por estado civil dos indivíduos da amostra
(Fonte: elaboração própria)

A escolaridade da amostra é muito baixa, conforme figura 18, sendo que 3 (9%) indivíduos não sabem ler/escrever, a maioria da amostra, 19 (59%), possui habilitações ao nível do 1.º ciclo de escolaridade, 4 (13%) ao nível do 2.º ciclo de escolaridade e outros 4 (13%) ao nível do 3.º ciclo de escolaridade.

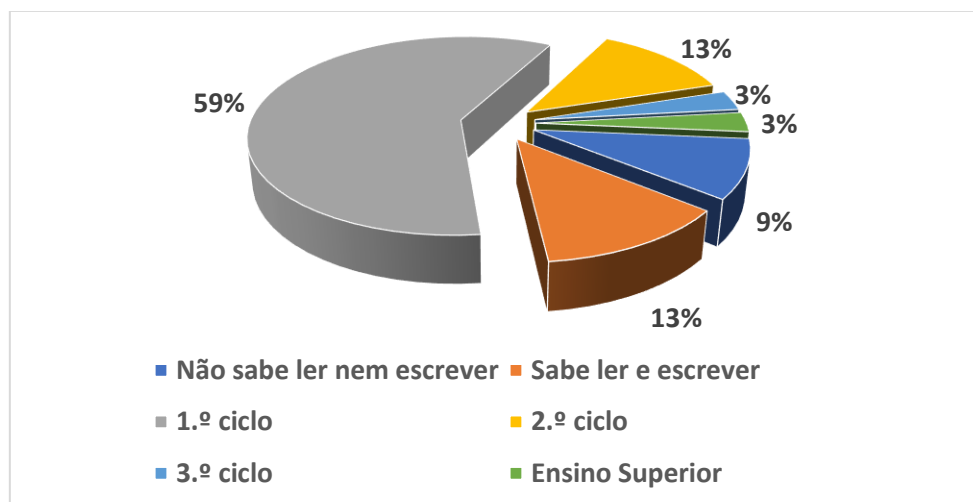


Figura 17 – Gráfico da Escolaridade da Amostra
(Fonte: elaboração própria)

Quanto aos rendimentos, segundo a figura 19, a amostra do projeto é composta por uma população reformada/aposentada com pensões baixas sendo que a maioria, 18 (56%), recebe valores mensais abaixo dos 500€. Os restantes recebem entre 501€ - 1.000€, 12 (38%) utentes e entre 1.001€ - 1.500€ apenas 2 (6%)

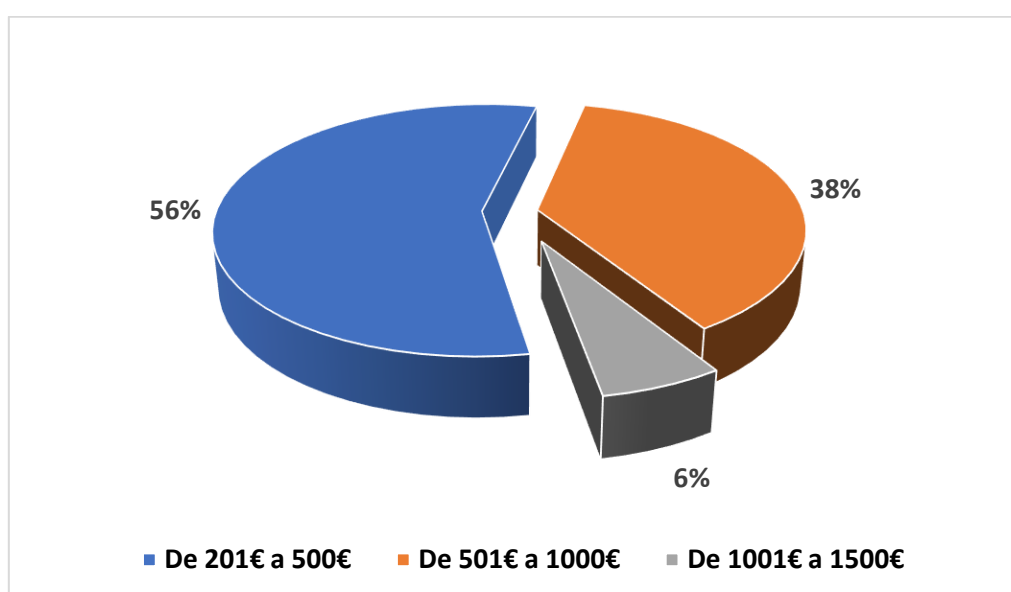


Figura 18 – Distribuição dos indivíduos da amostra de acordo com os rendimentos
(Fonte: elaboração própria)

5.1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA RELATIVA AO ISOLAMENTO SOCIAL

Após a caracterização demográfica da amostra, importante para o conhecimento da população alvo, é altura de perceber como se comporta a amostra em termos de isolamento social, afinidades e sentimentos negativos de solidão. Para tal, foram utilizadas duas escalas, UCLA e LSNS-6, ambas validadas para este tipo de população alvo.

5.1.1. RESULTADO DA APLICAÇÃO DA ESCALA UCLA

O quadro abaixo (quadro 10) apresenta os resultados da aplicação da escala UCLA no público da amostra.

Resultado do Questionário	Número de Indivíduos	Percentagem	
15	1	3,13%	40,6%
16	1	3,13%	
17	1	3,13%	
20	3	9,38%	
22	1	3,13%	
23	1	3,13%	
24	1	3,13%	
25	2	6,25%	
26	1	3,13%	
28	1	3,13%	
30	2	6,25%	25,0%
31	4	12,50%	
32	2	6,25%	
33	1	3,13%	34,4%
35	1	3,13%	
37	1	3,13%	
38	1	3,13%	
42	1	3,13%	
43	1	3,13%	
44	2	6,25%	
46	1	3,13%	
55	1	3,13%	
60	1	3,13%	
Total:	32	100,0%	

Quadro 9 – Resultados da aplicação do escala UCLA
(Fonte: elaboração própria)

Como apresentado, 11 indivíduos (34%) apresentam, na aplicação da escala UCLA, valor total acima de 32, logo, indicativo de sentimentos negativos de solidão, sendo que se registam mais 8 (25%) casos de valores próximos do limite (*border-line*): 2 registos com valor 30 (6%), 4 registos com valor 31 (13%) e 2 registos com valor 32 (6%). Considerando o conjunto dos indivíduos com registos superiores a 32 e dos que estão na região limite (registo da aplicação da escala UCLA entre 30 e 32), ou seja, registos iguais ou superiores a 30 na nossa amostra, 20 indivíduos (59%) apresentam sentimentos negativos de solidão.

5.1.2. RESULTADO DA APLICAÇÃO DA ESCALA LSNS-6

Os resultados obtidos através da aplicação da Escala LSNS-6, transcritos no quadro 11, serviram de base para a análise do risco de isolamento social na amostra (idosos que vivem sozinhos com 65 ou mais anos).

Resultado do Questionário	Número de Indivíduos	Percentagem	
2	1	3,13%	65,6%
4	3	9,38%	
5	3	9,38%	
6	1	3,13%	
7	5	15,63%	
8	1	3,13%	
9	1	3,13%	
10	3	9,38%	
11	3	9,38%	
12	1	3,13%	9,4%
13	2	6,25%	25,0%
14	2	6,25%	
17	1	3,13%	
19	2	6,25%	
21	2	6,25%	
23	1	3,13%	
Total:	32	100,0%	

Quadro 10 – Resultados da aplicação do escala LSNS-6
(Fonte: elaboração própria)

Aplicada a escala LSNS-6, observado na figura 20, à nossa amostra resulta que 21 (66%) elementos apresentam valores inferiores a 12 indicativo de isolamento social. Pode também considerar-se mais 3 (9%) elementos muito próximos do valor de corte – 12, indiciando risco próximo

de isolamento social. Considerando estes valores *border line* a amostra apresenta um risco de isolamento social na ordem dos 75% (24 indivíduos).

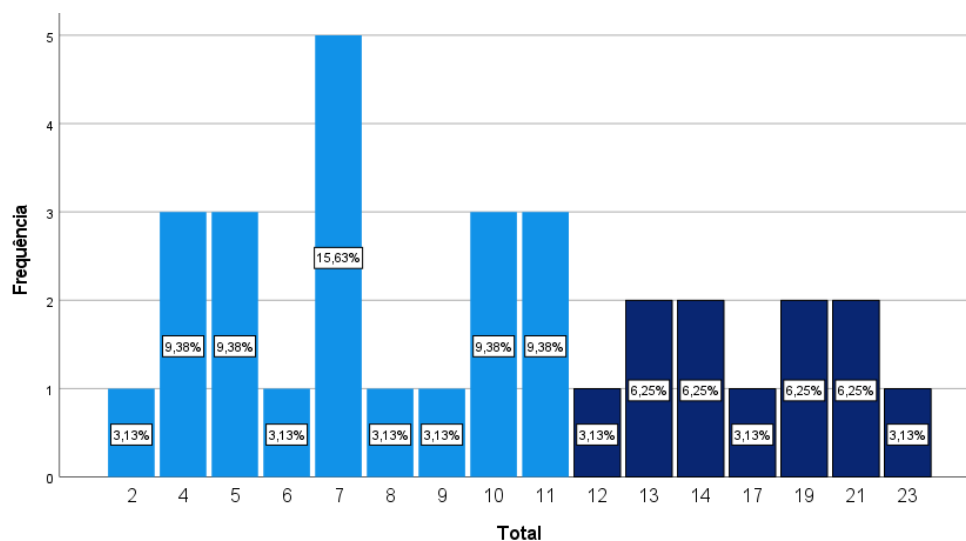


Figura 19 – Gráfico dos resultados do questionário LSNS-6
(Fonte: elaboração própria)

No gráfico abaixo (figura 21) é perceptível que a família representa um papel superior aos amigos na contabilização do isolamento social. É possível verificar que, em 21 indivíduos (66%) o peso da família contribui em maior número (barra azul superior à amarela) para a pontuação final que determina o risco (ou ausência) de isolamento social.

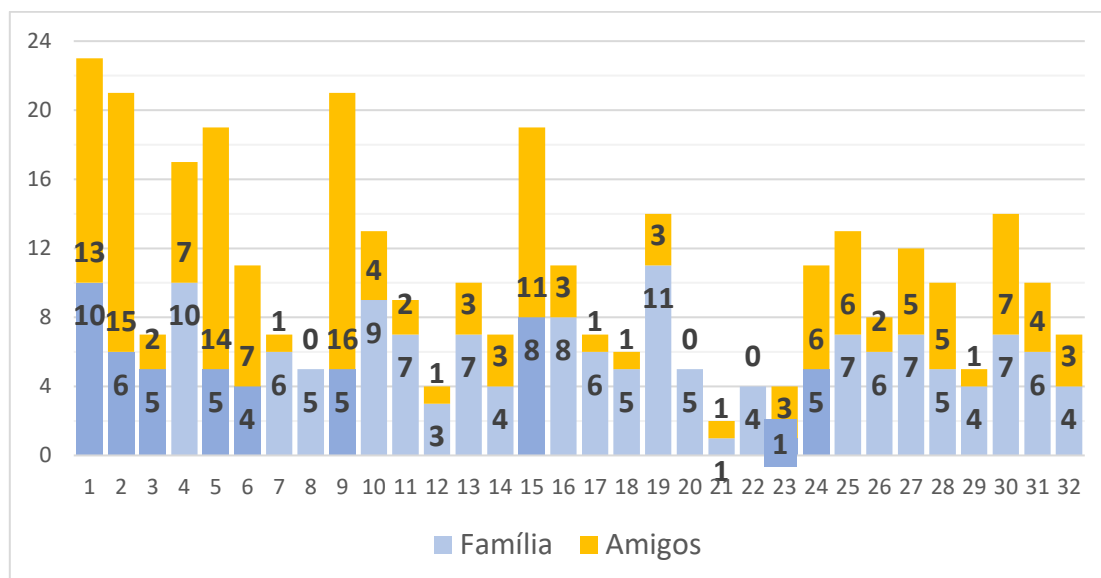


Figura 20 – Gráfico dos contributos (família/amigos) do questionário LSNS-6
(Fonte: elaboração própria)

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da recolha e análise dos dados da amostra efetuada, foi obtida uma lista de problemas de saúde da população estudada, no sentido de obter o diagnóstico de situação da população alvo. No contexto comunitário e no estudo de uma população é importante considerar os determinantes de saúde. No quadro 12 são apresentados os principais problemas identificados na amostra.

Lista de Problemas Identificados (amostra)
(100%) referem residir sozinhos
(59 %) apresentam baixos níveis de escolaridade
(56%) Pensões baixas- insuficiência económica
(59%) apresentam sentimentos negativos de solidão
(66%) apresentam valores indicativo de isolamento social

*Quadro 11 – Lista de problemas identificados
(Fonte: elaboração própria)*

Os resultados obtidos vão ao encontro do que seria exetável, de acordo com as caraterísticas socio demográficos da população, onde se inclui o local de residência, o tipo de habitação, a literacia e o facto de ser população envelhecida.

De acordo com a *European Health Equity Status Report*, da responsabilidade da OMS-Europa, em 2019 os cinco determinantes de saúde que mais contribuíram para as iniquidades na saúde autodeclarada na Europa foram os seguintes: insegurança financeira (35 %), má qualidade da habitação e do ambiente do bairro de residência (29 %), capital social e humano (19 %), qualidade dos cuidados de saúde (10 %) e emprego e condições de trabalho (7 %) (PNS,2022, p.88).

Os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento em Portugal indicaram uma taxa de pobreza ou exclusão social, em 2020, de 19,8 % Este mesmo inquérito, também revelava taxas de pobreza ou exclusão social mais elevadas nas mulheres (20,9%), nas crianças (21,9%), na população com 65 e mais anos (21,4 %), população com ensino básico ou nível inferior (27 %), e os idosos sós (32,1 %), entre outros grupos como os desempregados (54,2 %), outros inativos (38 %) e trabalhadores por conta própria (30,4 %) (INE, 2021).

Em 2011, a Caparica registava 169 homens com idade igual ou superior a 65 a viver sozinhos e 494 mulheres com idade igual ou superior a 65 a viver sozinhas.

Ainda de acordo com o mesmo documento o concelho de Almada registava 1860 homens com idade igual ou superior a 65 a viver sozinhos e 5986 mulheres com idade igual ou superior a 65 a viver sozinhas (Camara Municipal de Almada, 2021).

Tão importante como o facto de viverem sozinhos era perceber se estes indivíduos corriam o risco de isolamento social. O estudo efetuado tentou perceber essa realidade e demonstrar, que efetivamente, o risco existe e é real.

A caracterização sociodemográfica da amostra do estudo efetuado reflete semelhanças ao descrito pelo Instituto Nacional de Estatística, uma vez que também na população estudada se verifica que 68% apresenta escolaridade baixa (igual ou inferior ao 1.º ciclo), 75% vive sozinho devido a viuvez, 56% apresentam baixos rendimentos (inferiores a 500€/mês) e são na sua maioria do sexo feminino (78%).

A análise dos resultados através da aplicação das escalas UCLA e LSNS-6, validadas para a língua e população portuguesa, vem demonstrar que a maioria dos indivíduos da amostra se encontra com valores indicativos de sentimentos negativos de solidão (69%) ou de risco de isolamento social (66%).

Da análise deste estudo, verificou-se também que a vulnerabilidade natural do idoso juntamente com a exclusão da sociedade contribui para sentimentos de tristeza e solidão.

Como limitações a este estudo, refere-se que foi utilizada uma amostra por conveniência, restrita a uma área geográfica, comprometendo a generalização dos resultados à população idosa portuguesa. Os questionários foram aplicados muitas vezes com recurso ao investigador, e não só por autopreenchimento, por elevado nível de iliteracia e dificuldade de perceção das questões o que pode conduzir a algum viés na resposta.

No entanto, estas limitações não impedem o investigador de concluir que são necessárias estratégias de intervenção no combate ao isolamento social.

6. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Escolhida a área de intervenção na comunidade a trabalhar, importa definir os objetivos de acordo com o planeamento em saúde. Esta etapa requer rigor e de forma a nortear o projeto, a definição incorreta de objetivos pode comprometer a viabilidade do projeto (Melo, 2020).

Um objetivo pode ser definido como “(...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 79).

É de extrema importância que os objetivos sejam determinados após a definição dos focos de atenção a avaliar, bem como os diagnósticos correspondentes.

Ainda de acordo com Melo (2020), outro fator relevante na definição de objetivos é a clarificação de indicadores. De forma a estes poderem ser medidos, permitindo orientar as estratégias dirigidas aos resultados esperados.

Para a concretização dos objetivos, é necessário que estes sejam pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. (Tavares, 1992).

O projeto concretizado teve como finalidade, combater o isolamento social na União de Freguesias de Trafaria e Caparica diminuindo o risco de isolamento social na pessoa idosa. Neste sentido, pretendeu-se com o projeto de intervenção comunitária o “silêncio do idoso” a identificação de situações de risco de isolamento social e atuação ao nível na promoção de saúde. Face ao exposto, este estudo teve como questão de pesquisa: Quais os idosos em risco de isolamento social?

Assim como objetivo geral deste projeto definiu-se, contribuir para a diminuição do risco de isolamento social nos idosos com 65 anos ou mais na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.

A partir do objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

(1) Identificar os idosos em risco de isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023;

(2) Conhecer os fatores que influenciam o isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023;

(3) Capacitar os intervenientes na avaliação do risco de isolamento social no idoso, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023;

(4) Capacitar os idosos com informação sobre os riscos de isolamento social, da área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023;

(5) Capacitar os idosos com informação sobre os recursos da comunidade, da área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.

Os cinco quadros abaixo (quadros 13 a 17) dizem respeito à operacionalização (metas) a atingir em cada objetivo é à forma como foi medido o cumprimento de cada um através dos indicadores de resultado.

Objetivo Específico 1	
Identificar os idosos em risco de isolamento social na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.	
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado
Referenciação de 100% dos idosos em isolamento social;	$(n.º \text{ de idosos com marcação de consulta de especialidade} / n.º \text{ de idosos em isolamento social}) \times 100$

Quadro 12 – Operacionalização do objetivo específico 1 (Fonte: elaboração própria)

Objetivo Específico 2	
Sensibilizar os idosos para os fatores que influenciam o isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.	
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado
Pelo menos 60% idosos identifiquem os fatores que influenciam o isolamento social; Realizar 2 sessões de educação para a saúde sobre fatores de risco; Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão.	$(n.º \text{ de pessoas adquiriu novos conhecimentos sobre fatores de risco nas sessões} / \text{Total de participantes}) \times 100$ $(n.º \text{ de sessões realizadas} / n.º \text{ de sessões planeadas}) \times 100$ $(n.º \text{ de participantes nas sessões} / n.º \text{ de participantes convocados para as sessões}) \times 100$

Quadro 13 – Operacionalização do objetivo específico 2 (Fonte: elaboração própria)

Objetivo Específico 3	
Capacitar os intervenientes na avaliação do risco de isolamento social no idoso, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.	
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado
10% das equipas/grupos capacitadas na comunidade para vigilância do risco de isolamento do idoso;	$(n.º \text{ de intervenientes capacitados} / n.º \text{ total de intervenientes das equipas/grupos}) \times 100$

Quadro 14 – Operacionalização do objetivo específico 3 (Fonte: elaboração própria)

Objetivo Específico 4	
Capacitar os idosos com informação sobre os riscos de isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.	
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado
80% dos participantes nas sessões melhorem os seus conhecimentos sobre o isolamento social; Realizar 2 sessões de educação para a saúde sobre fatores de risco;	$(n.º \text{ de pessoas que melhoraram conhecimentos nas sessões} / \text{Total de participantes}) \times 100$ $(n.º \text{ de sessões realizadas} / n.º \text{ de sessões planeadas}) \times 100$

Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão.	$(\text{n}^\circ \text{ de participantes nas sessões} / \text{n}^\circ \text{ de participantes convocados para as sessões}) \times 100$
---	---

Quadro 15 – Operacionalização do objetivo específico 4 (Fonte: elaboração própria)

Objetivo Específico 5	
Capacitar os idosos com informação sobre os recursos da comunidade, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.	
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado
75% dos participantes nas sessões melhorem os seus conhecimentos sobre os recursos na comunidade;	$(\text{n}^\circ \text{ de sessões realizadas} / \text{n}^\circ \text{ de sessões planeadas}) \times 100$
Realizar 50% das sessões de educação para a saúde sobre fatores risco;	$(\text{n}^\circ \text{ de participantes nas sessões} / \text{n}^\circ \text{ de participantes convocados para as sessões}) \times 100$
Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão;	$(\text{n}^\circ \text{ de folhetos distribuídos durante as atividades} / \text{n}^\circ \text{ de participantes na atividade}) \times 100$
80% folhetos disponíveis nas sessões.	$(\text{n}^\circ \text{ de pessoas que melhora conhecimentos nas sessões} / \text{Total de participantes}) \times 100$

Quadro 16 – Operacionalização do objetivo específico 5 (Fonte: elaboração própria)

7. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias constitui a quarta etapa do planeamento em saúde, constituindo uma fase importante para a concretização do projeto traçado na comunidade. O sucesso das metas delineadas depende em muito da forma e rigor com que são delineadas as estratégias de intervenção (Melo, 2020).

O projeto de intervenção “o silêncio do idoso” busca dar resposta a uma necessidade da comunidade identificada no diagnóstico de situação. Numa primeira fase do projeto, foi necessário identificar todos os indivíduos idosos a morar sós, visto que se pretende diminuir o risco de isolamento social no idoso. Nesta perspectiva, foram delineadas várias estratégias tendo como referenciais teóricos o Modelo de promoção de saúde de Nola Pender e a teoria das transições de Meleis.

Com base nestas duas teorias, foram delineadas estratégias. Uma das estratégias utilizadas foi a **educação para a saúde**. Os profissionais de saúde devem estar despertos para a importância da promoção da saúde como uma intervenção social que facilite o poder de decisão.

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde como um “processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (DGS, 2003, p. 1).

Nesta perspectiva, foram definidas sessões de educação para a saúde. A educação para a saúde pretende munir o indivíduo de conhecimento, de forma a poder mobilizar esses saberes e adaptá-los de acordo com as suas necessidades (Amorim,1998). A “**pausa para o chá**” foi uma atividade pensada como fator mobilizador da interação social entre os participantes, promovendo as interrelações entre indivíduos dentro da comunidade. Sendo uma estratégia de grupo permite a partilha de experiências e fomentar a comunicação entre elementos.

As intervenções desenvolvidas pelo EEECSPP devem proporcionar a aquisição de conhecimento, de forma a responder às mudanças decorrentes do processo de transição vivenciado pela pessoa, neste caso pessoa sozinha, capazes de devolver a sensação de bem-estar (Meleis, 2000).

A divulgação do projeto foi efetuada junto da comunidade usando cartazes nas unidades de saúde.

As **parcerias** estabelecidas foram com a Câmara Municipal de Almada (CMA), através de reuniões para apresentação do projeto e envolvimento de forma a perpetuar e replicar o mesmo, dando continuidade ao trabalho iniciado.

8. WORK BREAKDOWN STRUTURE (WBS)

Para uma forma mais sistematizada, elaborou-se uma *Work Breakdown Structure* (WBS). Trata-se de uma técnica de gestão de projetos que consiste em decompor o projeto em partes menores, chamadas de pacotes trabalho, que são organizadas hierarquicamente numa estrutura de apresentação. Através da sua elaboração foram definidas responsabilidades e monitorização do projeto. *Stakeholders*. Como *stakeholders* foram definidas a mestranda e a orientadora do projeto.



Figura 21 – Work-Breakdown Structure (WBS)
(Fonte: elaboração própria)

9. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A preparação operacional do projeto, pretende dar resposta através das atividades desenvolvidas aos objetivos inicialmente definidos (Tavares, 1990).

Durante o período de estágio, foram desenvolvidas várias atividades com o apoio do orientador científico e das orientadoras. Todas as atividades desenvolvidas tiveram como objetivo envolver os participantes de forma a proporcionar a aquisição de conhecimentos e a consciencialização dos riscos inerentes ao isolamento social. Foi também objetivo promover a interação dos participantes para contribuir para a diminuição do isolamento destes idosos.

As atividades desenvolvidas foram: (1) sessões de educação para a saúde ,(2) elaboração de um poster que foi exposto na unidade de saúde; (3) realização de visita domiciliária com intervenção dirigida a três participantes com dificuldade na acessibilidade a unidade funcional (4) realização de “pausa para chá” para fomentar a interação e o envolvimento entre os participantes,(5) encaminhamento clínico de participante em fase de isolamento/depressão necessitando de intervenção especializada (6) realização de um *flyer* com os recursos na comunidade e respetivos contatos , permitindo mais fácil acesso à informação. Este *flyer* permitia a inclusão de contacto de familiar próximo nessa lista (7) realização de reunião com a CMA com vista a estabelecer parceria neste projeto, (8) estabelecimento de contacto com o grupo já existente do eixo do envelhecimento ativo da qual faz parte a União de Freguesias, Centro Social, Santa Casa da Misericórdia e ACES-AS, que no momento não se encontrava com condições necessárias para poder estabelecer parceria

Nas sessões, na “pausa para chá”, os participantes foram convidados telefonicamente, foi explicado o objetivo das atividades, bem como a forma como iria decorrer. Os participantes que demonstraram interesse deram o seu consentimento para participar na intervenção.

Como tem sido ressaltado por vários autores a atividade em grupo fomenta a partilha de experiências e vivências que mais facilmente conduzem a adoção de comportamentos saudáveis, neste caso promotor de inclusão social. Segundo Pender (2011) a promoção da saúde deve envolver ações que facilitem a mudança de comportamento, por meio de estratégia educacional e de empoderamento dos indivíduos, para que possam tomar decisões decisivas sobre sua saúde. A participação em grupos e na comunidade é uma das estratégias destacadas que permite aos indivíduos compartilharem experiências e vivências.

Na planificação (apêndices VI e VII) das sessões de educação para a saúde, isolamento social [NÃO] e pont@s entre nós – recursos da comunidade, foram também previstos a aplicação de questionários, de forma a ser possível efetuar a avaliação inicial e final de conhecimentos (apêndice

IX e X), antes e após a participação em cada sessão. Foi, também, realizado um questionário de avaliação final do formador (apêndice XI), de modo a obter uma avaliação global da sessão e do formador. Todas as sessões de formação foram apresentadas em suporte de *PowerPoint*, com adequação do tipo de linguagem ao grupo alvo, de acordo com as características dos participantes.

9.1. ISOLAMENTO SOCIAL [NÃO]

Na primeira sessão (isolamento social [NÃO]) considerou-se o objetivo geral da intervenção comunitária elucidar /ensinar sobre o isolamento social.

Nesta, incidimos na importância de identificar fatores de risco, as consequências do isolamento social, competências para realizar adaptações, reorganizações após alteração do ciclo de vida, à semelhança do que refere Meleis (2012). A transição é, de certa forma, uma alteração de um estado para outro. Seja estado, local ou condição podem gerar bem-estar ou, inversamente, incorporar uma situação de doença crónica.

Como objetivos específicos da sessão foram definidos os seguintes: definir isolamento social, identificar fatores de risco do isolamento social, identificar as consequências do isolamento social, motivar a adoção de comportamentos saudáveis de interação social, promover a interação social.

No decorrer da apresentação (apêndice XII) foi fomentada a partilha e troca de experiências com recurso ao método interrogativo, com intuito de esclarecer dúvidas, clarificar conceitos. Da partilha de experiências e vivências foi notório o sentimento de insegurança que muitos referem ter no bairro.

Por outro lado, alguns dos participantes manifestaram vontade de continuarem estes momentos de partilha. Nesse sentido foram convidados a fazê-lo noutra atividade denominada “pausa para chá”.

9.2. PAUSA PARA CHÁ

Nas sessões no “pausa para chá” aos participantes, foi explicado o objetivo das atividades, bem como a forma como se iria realizar. Para além de uma chávena de chá, partilharam histórias de vida e alguns dedos de conversa. Esta teve como principal objetivo promover a interação entre os participantes e criar laços de amizade que pudessem fazer perdurar o grupo. Era importante a motivação do grupo para a manutenção dos contactos, preferencialmente diários. Nesta atividade o meu papel foi de moderadora possibilitando o intercâmbio entre eles. A maioria dos participantes vive

na mesma área de residência, fazendo todo o sentido este incentivo à socialização com o objetivo de reduzir o isolamento social.

Com a realização da atividade “pausa para chá” foi possível estreitar a relação enfermeiro/utente, existiu partilha de experiências e, em simultâneo, foram consciencializados os participantes para a necessidade de estabelecer espaço de socialização no seu quotidiano promovendo o bem - estar físico e psicológico.

No final da “pausa para o chá” os participantes manifestaram o seu contentamento, havendo vontade em prolongar a atividade uma vez que os participantes conversavam entre si sem sentirem necessidade de ir embora. Verbalizaram o seu agrado perante esta iniciativa e manifestaram interesse em continuar entre eles a mesma, com frases como: “o tempo passou a correr e nem acredito que vou ter de ir para casa!”(SIC); “sem dúvida que é para repetir!”(SIC); “podemos fazer isto entre nós lá no bairro!” (SIC).

9.3. PONT@S ENTRE NÓS – RECURSOS NA COMUNIDADE

Na sessão sobre recursos na comunidade considerou-se o objetivo geral da intervenção comunitária elucidar /informar sobre os vários recursos disponíveis na comunidade. Como objetivos específicos foram definidos os seguintes: explicar o que são recursos comunitários, enumerar os recursos existentes na comunidade, identificar os objetivos dos serviços comunitários e população alvo, esclarecer como os participantes podem ter acesso aos recursos da comunidade e promover a interação social. A sessão de educação para a saúde aconteceu na unidade de saúde por ser facilitador para a maioria dos intervenientes.

Esta sessão foi intitulada de “p@ntes entre nós” uma vez que nos remete para a necessidade de os recursos estarem de fácil acesso para os seus utilizadores. Para que tal aconteça, é necessário divulgação e conhecimento dos mesmos, estabelecer parcerias na comunidade, no fundo estabelecer pontes entre os vários organismos, sejam eles de ordem social, política ou de saúde.

A promoção da saúde não pode ser reduzida apenas às atividades práticas que se reportam em transmitir informação em saúde. No entanto é de salientar a sua importância na obtenção de ganhos em saúde, que necessita de um conjunto de fatores que pretende atingir ações e condições de vida que levam a melhoria da saúde (Candeias 1997).

No decurso da apresentação (apêndice XIII) foram utilizados os métodos interrogativo, demonstrativo e expositivo de forma a clarificar conceitos, esclarecer dúvidas, e promover a partilha entre os participantes (chuva de palavras) relacionadas com o tema.

No final da sessão foi entregue a cada participante um *flyer* (apêndice XIV) sobre os recursos comunitários do concelho. A sessão teve a duração de aproximadamente 60 minutos.

9.4. VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

A população deste projeto, como já foi referido, é constituída pelas pessoas com 65 ou mais anos a residir sozinhos na União de Freguesias de Caparica e Trafaria. Sendo uma população idosa, alguns dos participantes, tinham dificuldade de locomoção e de acessibilidade dificultando a participação nas sessões de educação para a saúde efetuadas. Assim, e dentro das possibilidades encontradas, foi realizada visitação domiciliária como intervenção.

Esta intervenção foi planeada para uma sessão de 30 minutos, tratando-se de uma conversa informal, onde foram tratados os temas do isolamento social os recursos da comunidade e FOI entregue o *flyer* “Pont@s entre NÓS”.

Tendo em conta a DGS (2020):

A visitação domiciliária possibilita uma aproximação aos fatores determinantes do processo de saúde-doença no âmbito familiar e ambiental, sendo o meio de eleição para a identificação das formas de relacionamento, trabalho e vida dos membros que compõem a família, como estes se relacionam entre si e a comunidade e contribuem para o processo de cuidado e/ou recuperação de um dos seus elementos. Assumindo um caráter de diagnóstico/tratamento, ou preventivo ou ainda ambos, é efetuada pelo médico e enfermeira (em equipa ou isoladamente) a pessoas dependentes com algum nível de alteração no estado de saúde, ou para realizar atividades preventivas vinculadas aos programas de saúde.

Esta atividade foi muito bem aceite pelos idosos, uma vez que respondia ao problema identificado do idoso. Todos os idosos visitados solicitaram a continuidade destes momentos.

9.5. FLYER “Pont@s entre NÓS”

De acordo com Melo (2020), é importante que a enfermagem atue de forma colaborativa em equipas interdisciplinares, promovendo a integração das ações e trabalhando de forma articulada com a comunidade.

O *flyer* “Pont@s entre NÓS” (apêndice XIV) é um documento sobre recursos na comunidade, que tem como intuito, para além de fornecer informação sobre os recursos comunitários existentes, ser algo personalizado e acessível de forma a facilitar a sua utilização pela população.

Este documento, para além dos contactos dos vários organismos de emergência, sociais, de saúde, permitiu que cada um dos participantes pudesse acrescentar a esta lista contactos úteis para o próprio.

Sendo a população idosa e em muitos casos com dificuldade na leitura pretendeu-se adaptar á realidade de cada um, com linguagem acessível e de fácil interpretação.

O flyer “Pont@s entre NÓS foi criado pela enfermeira mestranda, com supervisão da enfermeira orientadora de mestrado, com base em necessidades identificadas.

9.6. PREVISÃO DE RECURSOS

A realização de qualquer projeto implica custos associados e é de extrema importância a inclusão nos mesmos antes de efetuar a implementação de um projeto. Segundo Melo (2020) o planeamento de um projeto depende da determinação dos recursos humanos e materiais.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermeiras responsáveis pelo projeto (1)

Recursos materiais:

- ✓ Material de escritório: pastas com folhas de papel A4 brancas e caneta, para entrega aos diferentes parceiros no ato da reunião. Fotocópias;
- ✓ Pastas de arquivo;
- ✓ Recursos audiovisuais como: computador, impressora e tinteiro;

Recursos físicos:

- ✓ Sala de reuniões
- ✓ Gabinete de consulta
- ✓ Viatura utilizada na visita domiciliária ao utente (se oportuno).

Os recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento do projeto (quadros 18 e 19) encontravam-se unidade onde se desenvolveu o projeto. Relativamente aos custos financeiros, foram assegurados pela mestranda.

Atividades	Recursos Humanos	Custos
Reuniões com parceiros	Enfermeiros responsáveis pelo projeto	500,00€
	Enfermeiro orientador	
Deslocações	Deslocações Enfermeiro orientador	50,00€
Enfermeiros responsáveis p/ projeto	Horas de trabalho: (8,60€/hora)	1000,00€
		1.550,00€

Quadro 17 – Estimativa de recursos humanos a utilizar no projeto
(Fonte: elaboração própria)

Atividades	Recursos Materiais	Custos
Consulta / colheita de dados	Canetas	3.00€
	Computador toner	100,00 €
	Folhas A4	3,45 €
	Fotocópias	100.00€
Reuniões com parceiros	Folhas A4	3,45 €
	Sala de reuniões da USF	20.00€
Deslocações	Carrinha utilizada no transporte (nº horas, combustível, desgaste, ...)	250,00 €
Enfermeiros responsáveis p/ projeto	Deslocações (0.34€ x 300km)	102.00€
Material de consumo	Eletricidade, telefone, <i>internet</i> , água e luz	150.00€
		731,90€

Quadro 18 – Estimativa de recursos materiais a utilizar no projeto
(Fonte: elaboração própria)

9.7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

O cronograma de atividades é uma ferramenta utilizada para o planeamento e gestão de projetos, que permite a organização temporal das ações a serem realizadas para alcançar os objetivos propostos.

De acordo com Kerzner (2013), o cronograma deve ser elaborado em conjunto com a equipa do projeto e ser constantemente atualizado e monitorizado, para garantir o cumprimento dos prazos. Além disso, ele deve conter informações sobre as atividades, os responsáveis por cada uma delas, as datas de início e fim, as interdependências entre as atividades.

Na realização deste projeto, houve necessidade de vários reajustes de cronograma, de acordo com as necessidades sentidas tanto pelos parceiros equipas envolvidas no projeto quer pela disponibilidade dos participantes.

ATIVIDADES	set/22				out/22				nov/22				dez/22				jan/23				fev/23			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Entrevista com a Coord. da UCC e Enf. Especialista Enfermagem Comunitária da UF.																								
Identificação do problema /Diagnóstico de situação																								
Monitorização dos utentes que residem sozinhos de uma lista de utentes																								
Aplicação do instrumentos de recolha de dados																								
Reunião com parceiros da área social CMA																								
Reunião com parceiros Junta de Freguesia /PSP/GNR																								
Definição das atividades a desenvolver pelos voluntários junto dos utentes																								
Criação de um grupo de voluntários																								
Elaboração do Plano de Formação																								
Realização de ações de formação																								
Divulgação do projeto nas redes sociais																								
Divulgação do projeto no ACES X- Seixal																								

Quadro 19 – Cronograma das atividades do projeto
(Fonte: elaboração própria)

9.8. SEGUIMENTO “FOLLOW- UP” DO PROJETO

O acompanhamento (*follow-up*) do projeto é uma fase essencial do processo, que consiste na monitorização e avaliação contínua do projeto, com o objetivo de verificar se as ações integradas estão a alcançar os resultados esperados. O seguimento do projeto permite identificar desvios em relação ao planeado e tomar medidas corretivas, caso seja necessário (Tavares, 1992).

Melo (2020) destaca que o *follow-up* deve ser realizado de forma sistemática, utilizando-se indicadores e instrumentos de monitorização e avaliação adequados. O autor enfatiza a importância da participação da equipa de enfermagem e da comunidade nesse processo, a fim de garantir a aliciação e a continuidade das ações.

O *follow-up* pode ser uma oportunidade para ajustar o projeto, caso seja necessário, e para identificar e disseminar boas práticas. O acompanhamento contínuo do projeto é essencial para garantir a sua efetividade e a promoção da saúde da população (Melo,2020).

10. AVALIAÇÃO

O Regulamento n.º 428/2018 (2018, p. 19355) faz referência à competência do EEECSF em avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. É monitorizada a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde, visando quantificar os ganhos em saúde da comunidade.

Tavares (1990) considera que a avaliação deve contribuir para aferir os resultados obtidos, nomeadamente a obtenção de ganhos em saúde, e constitui um processo de melhoria e que deve estar presente em todas as etapas do projeto, procedendo-se a ajustes e à planificação, se necessário.

O mesmo autor refere também que nas atividades desenvolvidas no projeto é importante realizar a sua avaliação, nomeadamente a satisfação e aceitação dos participantes nas mesmas. É necessário implementar momentos de avaliação no decorrer do projeto. Assim foram definidos indicadores de processo, de atividade e de resultado.

Segundo Pedro Melo (2020), a avaliação é um processo contínuo e sistemático que permite a análise e a reflexão sobre a eficácia das intervenções em saúde desenvolvidas pela enfermagem comunitária. Essa avaliação deve ser realizada em diferentes momentos, desde o planeamento até à implementação das intervenções.

Os indicadores basearam-se no objetivo geral do projeto de intervenção. No entanto não é exetável ter resultados em tão pouco tempo de atuação. Nesse sentido os indicadores de resultado só poderão ser avaliados posteriormente, uma vez que se só após seis meses é plausível ter havido mudança.

Relativamente à avaliação dos conhecimentos foram efetuadas duas sessões: uma sobre isolamento social e uma sobre recursos da comunidade. Após a realização do projeto de intervenção com objetivo de avaliar as aprendizagens obtidas. Na avaliação efetuada em cada uma das sessões pretendemos compreender (medir) a utilidade do projeto de intervenção.

10.1. SESSÃO ISOLAMENTO SOCIAL [NÃO]

Apesar de o conceito genérico de “isolamento social” ser conhecido pela maioria dos participantes na sessão inicial (80%), como se observa no quadro 22, foi possível, com a intervenção, dissipar algumas dúvidas, transmitindo a todos o conceito. Acima de tudo, a intervenção alertou para a tomada de consciência para o problema do isolamento, e dos sinais de alerta que é importante

conhecer. No quadro abaixo, foi possível verificar que após a intervenção todos os participantes (100%) passaram a perceber o que era o isolamento social.

Isolamento social: sabe o que é?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	8	80%	10	100%
Não	2	20%	0	0%

Quadro 20 – Comparação do conhecimento sobre o conceito de isolamento social entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

Se sobre o conceito de isolamento social os participantes mostraram de alguma forma alguns conhecimentos, já sobre as causas que levam a esse isolamento, a maioria (60%) mostraram não as conhecer. É de extrema importância o conhecimento das patologias bem como das suas causas. Após a intervenção, foi possível uma melhoria significativa no conhecimento das causas que provocam esse isolamento, sendo que a quase totalidade (90%) dos participantes indicaram conhecer essa causas (quadro abaixo).

Tem conhecimento das possíveis causas que levam ao isolamento social?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	4	40%	9	90%
Não	6	60%	1	10%

Quadro 21 – Comparação do conhecimento sobre as causas do isolamento social entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

O isolamento social poderá ter consequências nefastas na saúde dos utentes. Era importante que os participantes conhecessem as causas para poderem atuar preventivamente no sentido de evitar o isolamento social. Um dos objetivos da sessão era que os participantes percebessem as consequências do isolamento, levando-os dessa forma a agir preventivamente. De acordo com o quadro abaixo, todos os participantes apreenderam as consequências do isolamento social.

Sabe quais são os fatores de risco que podem levar ao isolamento social?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	3	30%	10	100%
Não	7	70%	0	0%

Quadro 22 – Comparação do conhecimento sobre as consequências do isolamento social entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

A ação preventiva contra o isolamento social passa, essencialmente por encontrar estratégias que o evitem. Apesar de no diagnóstico inicial, a maioria (70%) não conhecer estratégias para prevenir o isolamento social, a sessão de esclarecimento fez com que a totalidade dos presentes (100%) tomasse conhecimento dessas estratégias (quadro abaixo).

Tem conhecimento de estratégias que podem ser utilizadas para prevenir o isolamento social?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	3	30%	10	100%
Não	7	70%	0	0%

Quadro 23 – Comparação do conhecimento sobre as estratégias de combate ao isolamento social entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

A sessão de esclarecimento sobre isolamento social permitiu aos participantes a melhoria de conhecimentos sobre o assunto (conforme quadros anteriores), contribuindo assim para o cumprimento do objetivo/meta que previa que 80% dos participantes nas sessões melhorassem os seus conhecimentos sobre o isolamento social, esperando-se como consequência a diminuição do risco de isolamento.

No final, as sessões foram avaliadas pelos participantes manifestando um grau de satisfação elevado assim como o reconhecimento da utilidade da mesma (conforme quadro abaixo)

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Interessante/Útil para o meu dia-a-dia	0	0	0	10
Compreendi a temática abordada	0	0	2	8
Tempo dedicado à exposição teórica adequado	0	0	0	10
Adquiri conhecimentos novos	0	0	0	10
Método de avaliação adequado	0	0	1	9
Média:	0,0	0,0	0,6	9,4

Quadro 24 – Avaliação da sessão sobre Isolamento Social
(Fonte: elaboração própria)

10.2. SESSÃO PONT@S ENTRE NÓS OS RECURSOS COMUNITÁRIOS

A primeira barreira à utilização de recursos é muitas vezes o desconhecimento dos mesmos. É importante transmitir às comunidades a existência de mecanismos ou recursos que melhorem a sua

qualidade de vida. A sessão sobre recursos na comunidade tinha como principal objetivo dar conhecimento desses recursos assim como a forma de usufruir dos mesmos.

Numa fase inicial (diagnóstico), constatou-se que a maior parte dos participantes (60%) nunca ouviu falar de recursos comunitários ou não sabe (70%) o que são recursos comunitários. O quadro seguinte mostra esse desconhecimento na fase de diagnóstico e a importância da intervenção, na medida em que dotou os participantes (100%) desses conhecimentos.

Na sua comunidade já ouviu falar sobre os recursos comunitários existentes?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	6	60%	10	100%
Não	4	40%	0	0%
Recursos comunitários: sabe o que são?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	3	30%	10	100%
Não	7	70%	0	0%

Quadro 25 – Comparação do conhecimento sobre recursos comunitários entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

Outro dos problemas verificados na fase inicial (diagnóstico) foi que alguns dos participantes (40%) não sabiam onde encontrar os recursos, constituindo-se assim a primeira barreira de acesso aos mesmos. O quadro abaixo mostra que, após a intervenção, os participantes sabem onde procurar informação sobre os recursos existentes.

Considera que a informação sobre recursos comunitários é de fácil acesso?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	6	60%	10	100%
Não	4	40%	0	0%

Quadro 26 – Comparação do conhecimento sobre onde procurar recursos comunitários entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

O conhecimento da informação sobre os recursos comunitários transmite aos participantes algum conforto, destacando-se a importância da informação sobre recursos da comunidade no combate ao isolamento social.

Acredita que ter acesso a informação sobre os recursos disponíveis na comunidade, poderia ajudá-lo a se sentir menos isolado?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	8	80%	10	100%
Não	2	20%	0	0%

Quadro 27 – Comparação do conhecimento sobre influência dos recursos comunitários no isolamento entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

Já utilizou algum dos recursos comunitários disponíveis na sua comunidade?	Fase Inicial (Diagnóstico)		Fase Final (Após Intervenção)	
	f	%	f	%
Sim	4	40%	5	50%
Não	6	60%	5	50%

Quadro 28 – Comparação da utilização dos recursos comunitários entre o início e final da intervenção
(Fonte: elaboração própria)

No final, as sessões foram avaliadas pelos participantes, manifestando um grau de satisfação elevado assim como o reconhecimento da utilidade da mesma (conforme quadro abaixo).

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Interessante/Útil para o meu dia-a-dia	0	0	0	10
Compreendi a temática abordada	0	0	1	9
Tempo dedicado à exposição teórica adequado	0	0	1	9
Adquiri conhecimentos novos	0	0	0	10
Método de avaliação adequado	0	0	0	10
Média:	0,0	0,0	0,4	9,6

Quadro 29 – Avaliação da sessão sobre Recursos na Comunidade
(Fonte: elaboração própria)

10.3. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do processo refere-se à forma como as intervenções em saúde são desenvolvidas e como os profissionais de enfermagem interagem com a comunidade. Já a avaliação dos resultados visa verificar a eficácia das intervenções na saúde, ou seja, se as metas foram atingidas e se houve impacto positivo na saúde da comunidade (Melo, 2020).

Seguidamente vão ser apresentados os resultados da avaliação da implementação do projeto.

Relativamente ao objetivo 1, “Identificar os idosos em risco de isolamento social” foi atingido, conforme mostra o quadro 32. Foi identificado um idoso em isolamento social e feito encaminhamento para equipa multidisciplinar (MGF, psicólogo e enfermeiro).

Objetivo Específico 1		
Identificar os idosos em risco de isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.		
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado	Resultado
Referenciação de 100% dos idosos em isolamento social;	$(n.º \text{ de idosos com marcação de consulta de especialidade} / n.º \text{ de idosos em isolamento social}) \times 100$	$1/1 \times 100 = 100\%$

Quadro 30 – Avaliação do objetivo específico 1 (Fonte: elaboração própria)

A sensibilização dos idosos prevista no objetivo 2 ocorreu através de sessões cujo principal objetivo era identificar os fatores que conduzem ao isolamento social. Este objetivo foi superado pois todos os participantes na sessão adquiriu novos conhecimentos relativos aos factores que influenciam o isolamento social, conforme quadro 33.

Objetivo Específico 2		
Sensibilizar os idosos para os fatores que influenciam o isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.		
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado	Resultado
Pelo menos 60% idosos identifiquem os fatores que influenciam o isolamento social;	$(n.º \text{ de pessoas adquiriu novos conhecimentos sobre fatores de risco nas sessões} / \text{Total de participantes}) \times 100$	$10/10 \times 100 = 100\%$
Realizar 2 sessões de educação para a saúde sobre fatores risco;	$(n.º \text{ de sessões realizadas} / n.º \text{ de sessões planeadas}) \times 100$	$2 / 2 \times 100 = 100\%$
Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão.	$(n.º \text{ de participantes nas sessões} / n.º \text{ de participantes convocados para as sessões}) \times 100$	$10/17 \times 100 = 59\%$

Quadro 31 – Avaliação do objetivo específico 2 (Fonte: elaboração própria)

O objetivo 3, “capacitar os intervenientes na avaliação do risco de isolamento social do idoso”, previa a capacitação das equipas/grupos para a vigilância do problema. Foram contactadas a União de Freguesias (apêndice XV) e CMA (apêndice XVI). Após o contacto com União de Freguesias, não foi possível a continuidade da ação por indisponibilidade (anexo VIII) no entanto foi possível reunir com um representante do município, onde foi apresentado o projecto de intervenção. Ficou em aberto a possibilidade de alargamento do projeto a outras freguesias.

Objetivo Específico 3		
Capacitar os intervenientes na avaliação do risco de isolamento social no idoso, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.		
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado	Resultado
10% das equipas/grupos capacitadas na comunidade, para vigilância do risco de isolamento do idoso	(n.º de intervenientes capacitados / n.º total de intervenientes das equipas-grupos) x 100	1/ 2 x 100 = 50%

Quadro 32 – Avaliação do objetivo específico 3
(Fonte: elaboração própria)

A melhoria dos conhecimentos dos idosos prevista no objetivo 4 ocorreu através de sessões cujo principal objetivo era a percepção do conhecimento dos idosos sobre isolamento social e a melhoria do conhecimento detido. Era importante dotar os idosos de informação pertinente sobre o isolamento social por forma a reduzir o risco. O quadro 35 demonstra o resultado da superação deste objetivo específico.

Objetivo Específico 4		
Capacitar os idosos com informação sobre os riscos de isolamento social, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.		
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado	Resultado
80% dos participantes nas sessões melhorem os seus conhecimentos sobre o isolamento social;	(n.º de pessoas que melhora conhecimentos nas sessões / Total de participantes) x 100	(10/10) x 100 = 100%
Realizar 2 sessões de educação para a saúde sobre fatores risco;	(nº de sessões realizadas / nº de sessões planeadas) x 100	2 / 2 x 100 = 100%
Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão.	(nº de participantes nas sessões / nº de participantes convocados para as sessões) x 100	10/17 x 100 = 59%

Quadro 33 – Avaliação do objetivo específico 4
(Fonte: elaboração própria)

Com o objetivo 5, “capacitar os idosos com informação sobre os recursos da comunidade”, pretendia-se dotar os idosos de informação útil sobre os recursos na comunidade. Através de sessões de esclarecimentos e distribuição de informação (*flyer*). Foi possível a superação do objetivo conforme quadro 36.

Objetivo Específico 5		
Capacitar os idosos com informação sobre os recursos da comunidade, na área geográfica da União de Freguesias de Caparica e Trafaria até fevereiro de 2023.		
Objetivo Operacional (meta)	Indicadores de Resultado	Resultado
75% dos participantes nas sessões melhorem os seus conhecimentos sobre os recursos na comunidade;	(n.º de pessoas que melhora conhecimentos nas sessões / Total de participantes) x 100	(10/10) x 100 = 100%
Realizar 50% das sessões de educação para a saúde sobre fatores risco;	(nº de sessões realizadas / nº de sessões planeadas) x 100	2 / 2 x 100 = 100%
Que 50% dos idosos a viver sozinhos participem na sessão;	(nº de participantes nas sessões / nº de participantes convocados para as sessões) x 100	10/15 x 100 = 67%
80% folhetos disponíveis nas sessões.	(nº de folhetos distribuídos durante as atividades / nº de participantes na atividade) x 100	(10/10) x 100 = 100%

Quadro 34 – Avaliação do objetivo específico 5
(Fonte: elaboração própria)

11. ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA /MESTRE

Refletindo sobre as competências do enfermeiro especialista/mestre em saúde comunitária e saúde pública, este possui competências técnicas, científicas e comportamentais que o capacitam a atuar, de forma eficaz, no âmbito da saúde coletiva e da promoção da saúde.

Atualmente, a prestação de cuidados de saúde e, em particular, a prestação de cuidados de enfermagem, tem ganho cada vez mais importância, requerendo uma maior competência técnica e científica. Nesse contexto, a diferenciação e a especialização, são cada vez uma realidade e abrangendo uma grande percentagem dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Os CSP são a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo acessibilidade nos cuidados e a sua continuidade de acordo com as necessidades de saúde ao longo da vida de um indivíduo. Os profissionais que trabalham nesta área têm em conta não só as doenças em si, mas também os fatores que afetam a saúde das pessoas, como o ambiente, o estilo de vida e as relações sociais (WHO,2018).

Os enfermeiros de CSP desempenham um papel crucial na prestação e coordenação dos cuidados de saúde primários, prestando serviços que vão desde a prevenção e diagnóstico até ao tratamento e reabilitação. O seu trabalho é fundamental para garantir a segurança e eficácia dos cuidados de saúde prestados, promovendo uma melhoria da saúde e do bem-estar das pessoas e comunidades (WHO,2018).

As competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, incluem várias dimensões essenciais, como: “as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

11.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As competências comuns do enfermeiro especialista, estão divididas em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Esses domínios representam áreas centrais em que o enfermeiro especialista deve demonstrar conhecimentos, habilidades e condutas para o desempenho do seu exercício profissional (Diário da República, 2018).

Assim vão ser descritos dentro de cada domínio as competências desenvolvidas no contexto do projeto.

Responsabilidade profissional ética e legal

- 1) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- 2) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Na concretização deste projeto, foram desenvolvidas competências, nomeadamente no que diz respeito ao primeiro domínio, **responsabilidade profissional ética e legal** em que foram acautelados todos os princípios e direitos humanos. Foram tomadas as diligências no sentido de agir sempre com base nos princípios éticos legais, tendo como centro o principal interesse do indivíduo, foram pedidas as devidas autorizações para poder realizar o estágio e as intervenções delineadas após o diagnóstico de situação, bem como em todas as fases do planeamento em saúde. Todas as decisões foram planeadas e discutidas respeitando a individualidade, a privacidade. O anonimato também foi garantido em todos os momentos, realçando que os instrumentos de recolha de dados, foram aplicados de forma consciente, livre, de acordo com o consentimento informado e de acordo com o código deontológico do enfermeiro. Foram demonstrados pela mestranda o respeito pelos direitos humanos, analisando e interpretando de forma a poder gerir as situações específicas ao longo da prestação de cuidados especializados.

Melhoria contínua da qualidade

- 1) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- 2) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- 3) Garante um ambiente terapêutico e seguro.

No segundo domínio enunciado, **melhoria contínua da qualidade** realço, o empenho na procura de informação em vários contextos e fontes para uma temática que é mutável e de difícil atualização, tendo sido necessário recorrer a fontes primárias como o município e freguesia, de forma garantir fiabilidade e atualidade dos dados recolhidos. A mestranda mostrou, através do desenvolvimento do projeto, poder desenvolver a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade nomeadamente através da replicação e divulgação do projeto.

Nos procedimentos efetuados, nomeadamente na visita domiciliária foi garantida a segurança, eficácia e eficiência dos cuidados colaborando em todas as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Nestes procedimentos foi necessário a adoção de práticas baseadas em

evidências, a prestação de cuidados personalizados e centrados no indivíduo, a comunicação clara e efetiva com o utente.

Gestão em Saúde

1) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados

No âmbito da **Gestão em Saúde**, o enfermeiro aspirante a especialista/mestre em saúde comunitária e saúde pública desenvolveu e coordenou ações, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Foram mobilizados conhecimentos no sentido de implementar ações em diversos meios, estabelecidos vários contactos, foram realizadas uma cooperação salutar entre equipas das duas unidades (UCC e USF), articulando entre os vários profissionais, havendo lugar a complementariedade entre equipas multiprofissionais. Durante o período da realização do estágio, e futura enfermeira especialista geriu cuidados e otimizou as respostas de acordo com as necessidades sentidas, garantindo a segurança e qualidade em todos os procedimentos realizados, na comunidade, no domicílio ou nas unidades de saúde.

Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

1) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

2) Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica

Com base nessas competências, foi possível à mestranda realizar um projeto de intervenção na comunidade, criando oportunidades de desenvolver experiências, adquirir aprendizagens profissionais com outros profissionais de saúde, bem como na comunidade, como forma de promover o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua dos cuidados. Na liderança deste projeto, como futura enfermeira especialista, foi importante refletir sobre os papéis de liderança, nomeadamente liderar projetos de investigação sobre questões de saúde relevantes para a comunidade local e desenvolver estratégias de aprendizagem para melhorar a saúde e o bem-estar da população. Refletir sobre si e sobre o modo de atuação é sinónimo de demonstração e capacidade de autoconhecimento preponderante exercício na prática de enfermagem. Este comportamento ajuda nas relações entre equipas, foi uma aprendizagem importante neste domínio, uma vez que munuiu o profissional mestranda de ferramentas para aplicar no futuro como enfermeira especialista.

Todas as oportunidades de aprendizagens, foram aproveitadas pela mestranda, participando com a UCC em todas as áreas de intervenção, em projetos já iniciados. Neste âmbito foram realizadas

visitas domiciliares nos vários âmbitos, saúde mental, reabilitação, e da prestação de cuidados pela da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI). Inclui-se também neste domínio, da aquisição de aprendizagens profissionais, a participação em sessões de preparação para a parentalidade.

Deste modo consideram-se adquiridas as competências acima enunciadas.

11.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Especialista é um profissional com conhecimento aprofundado numa área específica de intervenção, que lhe permite tomar decisões tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença. demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas sobre um campo de intervenção (OE,2017).

No seguimento da reflexão e aquisição de competências específicas sobre os domínios de atuação do EEECS, foi feita a análise de acordo com o alcance das referidas competências.

Estabelecimento, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

No caso da especialidade em Enfermagem Comunitária, estão definidas no Diário da República, 2.ª série, N.º 135 de 16 de julho de 2018, Regulamento n.º 428/2018, as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Planear, desenvolver, implementar e avaliar projetos e intervenções em saúde comunitária, em colaboração com outros profissionais e entidades, tendo em conta as necessidades e características da população alvo foi caminho desenvolvido durante a realização do projeto seguindo a **metodologia do planeamento em saúde**, assim considero adquirida a competência: “estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Capacitação de grupos e comunidades

A segunda competência de enfermeiro especialista é referente à contribuição para o processo de **capacitação de grupos e comunidades**, nesse sentido foram mobilizados conhecimentos tendo como suporte teórico a teoria de Nola Pender e de Meleis. A teoria de Nola Pender (2011), conhecida como Modelo de Promoção da Saúde, contribuiu como estratégia para o processo de capacitação de

grupos e comunidades por enfatizar a importância da participação ativa e do empoderamento dos indivíduos na promoção da saúde.

No âmbito da promoção e capacitação de grupos e comunidades, foram realizadas sessões de educação e formação para a saúde, envolvendo e empoderando os intervenientes para uma ação ativa entre o grupo, de forma a dar resposta aos problemas encontrados.

O estabelecimento de parcerias com grupos da comunidade e entre o poder local, também foram cruciais para o desta competência, embora não tenha sido possível evoluir no grupo da comunidade, por indisponibilidade dos intervenientes, foram dados passos no sentido de mobilizar estes para o futuro.

Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde

Ao longo do relatório foram referidos vários planos, onde foi cimentada e orientada a intervenção, pois os objetivos delineados necessitam de ir ao encontro destes referenciais por forma a **integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**. Os problemas identificados referem-se a problemas identificados tanto no PNS como no PLS sendo importante para garantir que as ações realizadas pelos programas estejam alinhadas com as prioridades e estratégias definidas pelo plano, o que pode contribuir para uma maior efetividade e eficiência das políticas públicas de saúde. Assim considero alcançada esta competência.

Cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico

Outra das competências remete-nos para a realização e **cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico** para obtenção desta competência foram necessários realizar diagnósticos de situação, a análise de dados epidemiológicos para identificando os principais problemas de saúde da população e as suas causas, bem como os potenciais estratégias de resolução para os mesmos. Promover o envolvimento de redes de suporte social e comunitário, em colaboração com outras entidades e profissionais, com vista à promoção da coesão social e ao combate ao isolamento social no idoso. A participação em programas de educação para a saúde e de promoção da saúde, entre outras atividades relacionadas à vigilância epidemiológica foram desenvolvidas pelo que considero adquirida esta competência.

11.3. COMPETÊNCIAS GRAU DE MESTRE

O decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, p. 4162, é a legislação que regulamenta o grau de mestre em Enfermagem em Portugal. Este decreto-lei estabelece as regras para a criação, organização e funcionamento dos cursos de mestrado em Enfermagem, bem como as condições de acesso e obtenção do grau de mestre em Enfermagem. Além disso, o decreto-lei define como competências profissionais e científicas que os mestres em Enfermagem devem possuir, bem como as condições para o exercício da profissão de enfermeiro especialista. Assim o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

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

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

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

No que concerne ao grau de mestre, a mestranda demonstrou adquiridos os critérios para receber o grau de mestre, que se baseiam na demonstração de conhecimentos e capacidade de resolução de problemas, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo. Além disso, foi necessário saber aplicar os conhecimentos em situações novas e não familiares, bem como ter a capacidade de integrar conhecimentos para lidar com questões complexas, incluindo uma reflexão sobre as instruções e responsabilidades éticas e sociais resultados das soluções encontradas.

Foi necessário ter habilidade para transmitir de maneira clara e sem ambiguidades à comunidade em estudo, aos parceiros e colaboradores do projeto, os conhecimentos e pensamentos adquiridos, através de reuniões e sessões de formação.

A elaboração de um artigo científico, permitiu a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante este 2ª ciclo de estudos e incentivaram a produção de uma comunicação científica apresentada num seminário em contexto académico. Além disso, a elaboração deste relatório também possibilitou a comunicação clara e precisa das registadas ao longo do processo. Após reflexão, acredita-se que as competências adquiridas ao longo deste percurso foram satisfatoriamente alcançadas, para o grau de mestre.

CONCLUSÃO

O isolamento social no idoso é uma preocupação crescente em muitas sociedades em todo o mundo, uma vez que o envelhecimento da população é uma realidade em muitos países. Ocorre quando um indivíduo idoso tem poucas interações sociais com outras pessoas, incluindo amigos, familiares e membros da comunidade.

O isolamento social pode ter efeitos negativos na saúde mental e física dos idosos, existindo várias causas possíveis para o isolamento social no idoso, incluindo a perda de um cônjuge ou de amigos próximos, a acessibilidade, a diminuição da mobilidade e a falta de acesso a atividades sociais e outros problemas de saúde, como problemas de visão ou audição, que dificultam a comunicação e a interação social.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública possui competências específicas que o capacitam para atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados de enfermagem em contextos comunitários e populacionais. A educação para a saúde constituiu a estratégia, pela qual foi implementada a intervenção. Neste sentido e dando resposta aos objetivos propostos, os profissionais devem ser capazes de avaliar as necessidades de saúde da população, planejar, implementar e avaliar programas de saúde, bem como liderar equipas multidisciplinares e estabelecer parcerias trabalho, efetuado no projeto de intervenção.

Para ajudar a combater o isolamento social no idoso, é importante que a sociedade, como um todo, se envolva em atividades que promovam a interação social dos idosos. Foi objetivo da intervenção efetuada, capacitar grupos e comunidade através de programas comunitários que envolvam atividades físicas, culturais e educacionais que promovam o contato social dos idosos. Além disso, os familiares e amigos dos idosos devem tentar manter um contato regular com eles, seja pessoalmente, por telefone ou pela *internet*. As tecnologias digitais também podem ser uma ferramenta valiosa para ajudar os idosos a socializar com outras pessoas e a participarem em atividades sociais online. A implementação de projetos nesta área pode dar resposta ao problema do isolamento social que necessita de intervenção aos mais vários níveis, nomeadamente a nível político.

Como resposta aos objetivos propostos, foram realizadas várias atividades para contribuir para a diminuição do isolamento social na população em estudo. Nos casos em que não foi possível a avaliação dos resultados durante o tempo de execução do projeto, foram delineadas estratégias com a enfermeira coordenadora da UCC, para a continuidade do projeto.

Em suma, o isolamento social no idoso é um problema sério que pode ter efeitos negativos na saúde física e mental dos idosos, no entanto, é possível encontrar estratégias de combate ao isolamento social e ajudar os idosos a socializarem com outras pessoas e participarem de atividades sociais.

O “silêncio do idoso” pode ter várias causas e significados. Em alguns casos, pode ser uma forma de comunicação não verbal, que transmite emoções, sentimentos ou pensamentos que não podem ser expressos em palavras. Em outros casos, pode ser um sinal de isolamento social, solidão ou depressão, especialmente se o idoso vive sozinho ou tem pouca interação social. Para compreender o “silêncio do idoso”, é importante considerar o contexto e as circunstâncias em que ocorre.

Concluiu-se que para lidar com o “silêncio do idoso” é importante ter uma porta aberta, acessibilidade, onde o idoso saiba que pode recorrer e encontrar resposta, promovendo a inclusão social. Além disso, é importante estar atento às necessidades e limitações do idoso, respeitando o seu ritmo e tempo para se comunicar. Por fim, é importante considerar a possibilidade de problemas de saúde subjacentes que possam estar contribuindo para o “silêncio do idoso” e procurar ajuda médica ou psicológica, se necessário.

As principais limitações a este projeto foram a resposta tardia (ou inexistente) por parte de alguns organismos, que trabalham com idosos e que podiam ser uma mais valia no diagnóstico de situações de isolamento.

Com a execução do projeto e dos estágios realizados, foram proporcionadas experiências profissionalmente enriquecedoras, que permitiram desenvolver competências de pesquisa, estudo e planeamento. A nível pessoal, foi necessária adaptação e motivação para enfrentar os desafios propostos com vista a obtenção dos objetivos propostos. As lições aprendidas certamente serão úteis para aprimorar o desempenho profissional, com as competências e ferramentas adquiridas impulsionando a busca por novos conhecimentos e estratégias adequadas à realidade do trabalho do EEECS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, C (1998). Educação para a saúde :autonomia de opção. Trajetos e Projetos ,1 25-30 Agência Portuguesa do Ambiente. (2023, março 1). Informação sobre a Qualidade do Ar (QUALAR). <https://qualar.apambiente.pt/>
- Azevedo, A. (2022, Outubro 28). Combater o isolamento dos mais idosos. Diário de Notícias. <https://www.dn.pt/opiniao/combater-o-isolamento-dos-mais-idosos-15295375.html>
- Associação Médica Mundial. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Fortaleza: Associação Médica Mundial.
- Berger, Louise; Mailloux – Poirier, D. (1995). Pessoas Idosas- Uma Abordagem Global. Lisboa: Lusodidata.
- 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.
- Cacioppo, JT, & Hawkley, LC (2009). Percepção de isolamento social e cognição. Tendências em ciências cognitivas, 13(10), 447-454.
- Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. 1997 Abr; 31(2):209-13
- Camara Municipal de Almada. (2021). Diagnóstico Contínuo a Rede Social de Almada - Retrato Das Freguesias – UFACPP – União das Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas. https://www.cmalmada.pt/sites/default/files/202202/Caderno_UFACPPC_2021_1.pdf.11/10/2022
- Costa, M., Melo da Costa, F., Nakata, PT, & Pinheiro de Morais, E. (2015). Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 18(2), 295-309. doi: 10.1590/1809-9823.2015.140674
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Linhas de orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença em idade avançada. Recuperado em 5 de maio de 2023, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182012-de-17122012-pdf.aspx>
- Direção-geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021’2030, Saúde Sustentável: De tod@s para tod@s.Portugal
- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas, Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. - Lisboa: DGS, 2006. - 24 p.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2016). Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). Norma nº 012/2020 de 12/06/2020 - Visitas Domiciliárias em Saúde. <https://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=99>
- Domingues, M. E. (2019). 40 anos do Serviço Nacional de Saúde. Porto Editora. Lisboa.

- Erikson, E. H. (1997). O ciclo de vida completo. W. W. Norton & Empresa.
- Fontaine, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, C. (2011). Solidão e Envelhecimento: Uma Análise a Partir das Representações Sociais
- Giddens, A. (2005). Sociologia. Artmed Editora.
- Imperatori & Giraldes (1993). Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª edição). Lisboa, Portugal: Obras Avulsas
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Acedido em 22 de outubro de 2022, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=397522908&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística, (2011). Censos 2011. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE. Acedido a 29/9/2022
- Magalhães, M. (2003). Quem vive só em Portugal. Revista de Estudos Demográficos,
- Maia, R. L. (2002). Dicionário de sociologia. Porto: Porto Editora
- Neugarten, B. L. (1979). Tempo, idade e ciclo de vida. *Jornal Americano de Psiquiatria*, 136(7), 887-894.
- Marques, Teresa et al. (2016). Nascer é envelhecer: uma perspectiva demográfica evolutiva e territorial na construção do futuro de Portugal. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território (GOT)*, n.º 10 (dezembro). Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território, p. 207-231, [dx.doi.org/10.17127/got/2016.10.010](https://doi.org/10.17127/got/2016.10.010)
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (1a Edição)*. LIDEL.
- Ministério da Saúde de Portugal. (2013). Recursos e equipamentos sociais - Situação em Portugal. BICS - Boletim de Informação em Ciências da Saúde Pública. Recuperado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30033/3150352/Pages/default.aspx>
- Ministério da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Nations, U. (2019). *Paz, dignidade e igualdade*. Consultado em 22/10/2022 de <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- Nies, MA, & McEwen, M. (2019). *Enfermagem em Saúde Comunitária: Defesa da Saúde da População (7ª ed.)*. Elsevier
- Nicholson, N. (2012) A review of Social Isolation: an important but Underassessed Condition in older adults. *The Journal of Primary Condition*, 31 (1-2).
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem comunitária - na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Aprovado por maioria, sem alterações, na 3ª assembleia do colégio da especialidade de enfermagem comunitária, reunida em sessão extraordinária. Leiria. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_%20sp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de

Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf>

Pender, NJ, Murdaugh, CL e Parsons, MA (2011). Promoção da saúde na prática de enfermagem. Pearson Educação.

Pereira, A. (Apon). (SD). A PEDRA. [Poema]

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

Organização Mundial da Saúde. (1986). Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Unidade de Saúde Pública Almada-Seixal (2017), Plano Local de Saúde de Almada e Seixal 2017-2020, Almada

Unidade Saúde Pública Almada-Seixal Higeia [USP] (2013-2016). Plano Local de Saúde 2013-2016. ACES Almada-Seixal.

Pequeno Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Editora Objetiva, 2008.

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 10(18) Obtido de <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

Portugal Inovação Social. (2022, Abril 20). Aldeias Pedagógicas. Inovação Social. https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/aldeiaspedagogicas/?doing_wp_cron=1666907719.8917529582977294921875

Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., e Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). Revista Temática Kairós Gerontologia, 15 (1), pp. 217–234.

Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2022b). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, Regulamento Interno USF Poente. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (sem data). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. Obtido 11 de Outubro de 2022, de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>

Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2022). Cl's: Principais dificuldades e receios no ato de cuidar/ Informal caregivers: Main difficulties and fears in the act of caring. PSIQUE, XVII(2).Revista Polis e Psique, XVII, 9–25. <https://doi.org/10.26619/2183-4806.XVII.2>

Tavares, A. M. B. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde (2ª edição). Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde

Walsh, K., Scharf, T., Keating, N. (2016), *Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework*,

World Health Organization. (2018). Primary health care. [Primary health care \(who.int\)](https://www.who.int)

ANEXOS

Anexo I – Escala UCLA

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 – Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
10 – Sente-se abandonado	4	3	2	1
11 – Sente-se completamente só	4	3	2	1
12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13 – As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15 – Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16 – Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18 – É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19 – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

Itens excluídos (3,6,14,20)

Anexo II – Escala LSNS-6

Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>						
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: <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>						
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?						

Anexo III – Autorização da utilização da escala UCLA



Pedido de autorização da escala UCLAS

[redacted].ipc.pt>
[redacted]ail.com>

Autorizada

Cumprimentos

Margarida Pócinho

Professora Coordenadora na ESTeSC-Instituto Politécnico de Coimbra

Pós doutorada Na Universidade de Vigo, pela Faculdade CC Económicas e Empresariais
Doutorada em Saúde Mental

Mestre em psicologia clínica

Mestre em toxicodependências e patologias psicossociais

Pógraduada em gestão de equipas de cuidadores de idosos

Pós-graduada em Parentalidade Positiva

Pós-graduada em Terapias cognitivo-comportamentais contextuais em perturbações psicológicas e problemas de saúde

Pós-graduada em intervenção em crise emergência e catástrofe
Psicóloga - Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses CP22864

Assistente Social
Especialista em Análise de Dados (SPSS/AMOS/IRAMUTEQ)

Membro da APCD
Membro Fundadora da Clinikamente: <https://clnikamente.negocio.site>

Autarca
whatsapo +351 [redacted]

Anexo IV – Autorização da utilização da escala LSNS-6

20/11/22, 22:03

Gmail - Pedido de autorização para aplicação de escala LSNS-6



Luci [redacted] com>

Pedido de autorização para aplicação de escala LSNS-6

Ós [redacted] ia.pt>

14 de novembro de 2022 às 11:18

Para: Luc [redacted] m>

Cc [redacted] up.pt>
<m [redacted] up.pt>
"pa [redacted]

Cara Enfª. Lucia Nogueira,

Obrigado pelo interesse em utilizar o instrumento; o mesmo é de livre acesso pelo que poderá considerar a sua utilização autorizada.

Tomo a liberdade de enviar o link para a versão Portuguesa, onde poderá encontrar algumas referências de potencial interesse:

<https://www.bc.edu/content/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/translations.html>

Votos de sucesso para o seu projeto!

Melhores cumprimentos,
Oscar Ribeiro

Anexo V – Declaração autorização da Coordenadora da UCC



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

arsivt
ARTE E SAÚDE DE HOJE



ACES
ALMADA SEIXAL

DECLARAÇÃO

Exma. Sr.ª Enfermeira, Lúcia Nogueira

6.º Curso Mestrado em Enfermagem em Associação 2022/23

Área Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Na qualidade de Coordenadora da UCC Almada "Outra Margem" e orientadora do seu Estágio, venho por este meio dar deferimento à sua solicitação, autorizando a realização do projeto estágio, de intervenção comunitária, subordinado ao tema: "O Silêncio do idoso: projeto de intervenção comunitária", a decorrer no período Setembro de 2022 a Janeiro de 2023 na UCC "Outra Margem".

Almada, 4 de novembro de 2022

M. [Redacted Signature]

Enfermeira Gestora / Coordenadora da UCC Almada "A Outra Margem"

Anexo VI – Declaração autorização da Coordenadora da USF



Ex.ma Sr.ª Enfermeira, Lúcia Nogueira

6.º Curso Mestrado em Enfermagem em Associação 2022/23

Área Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Na qualidade de Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Poente venho por este meio dar deferimento à sua solicitação, autorizando a realização do projeto estágio, de intervenção comunitária, subordinado ao tema: “O Silêncio do idoso: projeto de intervenção comunitária”, a decorrer no período Dezembro 2022 a Janeiro de 2023

Cé

tal

2:15 Z

Anexo VII – Declaração autorização do ACES



DECLARAÇÃO

A [redacted], Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Almada/Seixal, declara que este ACeS tem condições logísticas e humanas para a realização do Projeto de Investigação de Intervenção Comunitária nos seguintes termos:

Tema: “O Silêncio do Idoso”

Autores: En [redacted] ira

Aplicação: Decorrerá na Unidade de Cuidados Continuados de Almada.

Emitimos a presente declaração, que será assinada e autenticada de forma digital.

Amora, 19 de abril de 2023

Diretor Executivo ACeS Almada Seixal

Ass
TO
Nu
Da

[redacted]

YES

CJ/CJ

Anexo VIII – Resposta da União de Freguesia

RE: Reunião C.S.F. - Eixo Envelhecimento Ativo



g [redacted] t



Para: ○ M [redacted]
Cc: ○ Lúcia [redacted] nte

qui, 24/11/2022 11:42

Bom dia Sra. Enfermeira Céu Gonçalves.

Informo que de momento o projeto em curso do “Envelhecimento Ativo” está pendente de diligências ainda a serem realizadas pela União de Freguesias. Só posteriormente iremos agendar uma reunião do sub-grupo, do qual fazem parte os representantes do Centro Paroquial de Cacilhas, da Santa Casa Misericórdia Almada, a Cáritas Diocesana da Cova da Piedade e o ACES.

Assim que houver marcação da mesma articulo consigo.

Obrigada.

Melhores Cumprimentos,

A [redacted]
D [redacted] nica

Céu
21

Anexo IX – Resposta da Câmara Municipal de Almada

RE: Estagio UCC - REUNIÃO com a CMA dia 25 de janeiro às 10h e 30mn nas Instalações da CMA no Pragal > Caixa de entrada x



M [redacted] e.pt>

quarta, 4/01, 16:02



Boa tarde Sr.ª Enf.ª Lúcia

Muito agradeço e felicito o seu trabalho ...

Hoje fui contactada pela Dr.ª [redacted] a agendar a reunião, pelo que ficou marcada para dia 25 de janeiro às 10h e 30mn nas Instalações da CMA no Pragal.

Peço desculpa, mas terá que organizar o seu horário!

Com os melhores cumprimentos,

Ce [redacted]
En [redacted] gem
Especialista em Saúde Pública e Mestre em Saúde Comunitária

APÊNDICES

Apêndice I – Questionário de caracterização sociodemográfica (pré-teste)



Questionário – Avaliação do Risco de Isolamento

Este questionário é parte do projeto de intervenção comunitária com o tema: “O silêncio do Idoso: Projeto de Intervenção Comunitária” pelo que solicita a sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. O questionário é anónimo e confidencial. Nas afirmações onde existe um quadrado () , deve assinalar, com uma cruz, a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco/linha (_), deve responder de forma clara e legível. A validação do questionário depende das respostas a todas as questões, pelo que pedimos que não deixe nenhuma questão por responder. **Gratos pela sua colaboração.**

Caracterização Sociodemográfica

I. Sexo

1. Masculino
2. Feminino

II. Idade

1. Idade: _____

III. Estado Civil

1. Solteiro(a)
2. Casado(a)
3. Viúvo(a)
4. Separado(a)/Divorciado(a)
5. União de Facto

IV. Nível de Escolaridade

1. Não sabe ler nem escrever
2. Não sabe ler nem escrever
3. 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)
4. 2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)
5. 3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano)
6. Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)
7. Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

V. Profissão

1. Profissão desempenhada na vida ativa: _____

VI. Valor mensal auferido de Reforma/Pensão

1. Até 200€
2. De 201€ a 500€
3. De 501€ a 1.000€
4. De 1.001€ a 1.500€
5. Mais de 1.501€

VII. Com quem vive?

1. Sozinho
2. Conjugue/companheiro
3. Outros. Quem? _____

VIII. Como vive?

1. Em casa própria
2. Com familiares (família alargada)
3. Em instituição
4. Outra. Qual? _____

IX. Residência

1. Área Rural
2. Área urbana

X. Agregado familiar

1. Por quantas pessoas é composto o seu agregado familiar: _____

XI. Área Geográfica

1. Em que **distrito** vive: _____
2. Em que **concelho** vive: _____

Apêndice II – Consentimento informado



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Leia com atenção a informação abaixo. Se tiver dúvidas solicite mais informações.

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do 6.º Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Setúbal (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS). O projeto é subordinado ao tema: “O Silêncio do idoso: projeto de intervenção comunitária” e têm como principal objetivo o combate ao isolamento social. Esta intervenção na comunidade é efetuada na UCC “Outra Margem” e USF Poente, é da responsabilidade da Investigadora Lúcia Maria Farinha Nogueira, sob orientação da Enfermeira Especialista Maria Céu Gil Cerdeira Gonçalves, Coordenadora da UCC “Outra Margem” e pelo Professor Edgar Canais docente na ESS – IPS.

Explicação do estudo: Para a concretização deste projeto é necessário fazer recolha de dados. Serão utilizados três instrumentos: (1) questionário de dados sociodemográficos que será de autopreenchimento com objetivo de caracterizar a população em estudo; (2) Questionário UCLA de autopreenchimento com objetivo de diagnóstico da solidão geriátrica; (3) Questionário LSNS de autopreenchimento com o objetivo de avaliar o risco de isolamento social. O preenchimento dos questionários demorará aproximadamente 10 minutos. Após a análise dos dados está prevista intervenção ao nível da população se se demonstrar risco de isolamento social. A seleção dos participantes é aleatória, sendo que têm de residir na área geográfica da união freguesias Caparica e Trafaria com idade igual ou superior a 65 anos a residir sozinho.

¹ https://static.sanchoeassociados.com/.../Helsing_2013.pdf

² <https://files.dre.pt/1s/2001/01/002a00/00140014.pdf>

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer tipo de consequências e pode também abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Contacto:

e-mail: lu [redacted] e.pt

L [redacted] ra

Eu, _____, declaro que compreendi as informações acima descritas e concordo em participar no projeto de intervenção na comunidade. Compreendi que o estudo é confidencial e todos os dados recolhidos só poderão ser utilizados o âmbito deste estudo. Os dados recolhidos ficam na posse da enfermeira autora do estudo que os usará apenas para fins académicos comprometendo-se a manter a confidencialidade.

Este documento é constituído por duas páginas, sendo elaborado em duplicado, ficando uma das cópias com o investigador e outra com a pessoa que prestou o consentimento.

(L [redacted] ra)

(Utente que Presta Consentimento)

Apêndice III – Pedido de autorização para utilização da escala UCLA

20/11/22, 21:59

Gmail - Pedido de autorização da escala UCLAS



Lu [redacted]@gmail.com>

Pedido de autorização da escala UCLAS

1 mensagem

Lucia [redacted] 20 de novembro de 2022 às 19:08
Para: [redacted]
Cc: E [redacted]
Bcc: r [redacted] 74@gmail.com>

Ex.ma Senhora Dou[redacted]
O meu nome é L[redacted] enfermeira e aluna do 6º curso de mestrado em enfermagem de associação 2022/2023 da área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do curso estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado: " o silêncio do idoso: um projeto de intervenção" que tem por finalidade combater o isolamento social no idoso no concelho de Almada . Após várias pesquisas na literatura, a escala UCLAS, estando adaptada à realidade portuguesa, é o instrumento de avaliação que mais se adequa à população em estudo e ao tipo de estudo .

Assim, venho respeitosamente junto de vossas excelências pedir permissão para a utilização da escala UCLAS na recolha de dados para o projeto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos,
L [redacted] ra

Apêndice IV – Pedido de autorização para utilização da escala LSNS-6

20/11/22, 22:02

Gmail - Pedido de autorização para aplicação de escala LSNS-6



L [redacted] <[redacted]>

Pedido de autorização para aplicação de escala LSNS-6

Luci [redacted] de 2022 às 22:36
Para [redacted]
Cc: [redacted] <[redacted]>, [redacted] <[redacted]>
paul [redacted]
Bcc: [redacted]

Ex.mos S [redacted] <[redacted]>
Barbosa [redacted]

O meu nome é [redacted] sou enfermeira e aluna do 6º curso de mestrado em enfermagem de associação 2022/2023 da área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do curso estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado "o silêncio do idoso: um projeto de intervenção" que tem por finalidade combater o isolamento social no idoso no concelho de Almada . Após várias pesquisas na literatura, a escala LSNS-6, estando adaptada à realidade portuguesa, é o instrumento de avaliação que mais se adequa à população em estudo e ao tipo de estudo .

Assim, venho respeitosamente junto de vossas excelências pedir permissão para a utilização da escala LSNS-6 na recolha de dados para o projeto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos,

L [redacted]

Apêndice V – Pedidos de autorização às unidades (UCC, USF e ACES)



4
¶
¶

DECLARAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE REFERENCIA PARTICIPANTES PARA O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

¶

Projeto de Investigação: O Silêncio do Idoso: um projeto de intervenção.
Investigadora: Lúcia Maria Farinha Nogueira
Contactos da Investigadora: lu [redacted].pt

¶

Eu, [redacted] aluna do 6.º Curso Mestrado em Enfermagem em Associação 2022/23, Área Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Setúbal, a desempenhar as funções de Enfermeira na USF Poente do ACES Almada Seixal, e colaborador no projeto de investigação acima identificado, declaro que expliquei aos participantes por mim referenciados os motivos, métodos e pretensos objetivos da investigação em causa, tendo os mesmos autorizado a respetiva referenciação.

¶

Almada, 25 de novembro de 2022

[redacted]

¶

¶ [redacted] ¶

Pedido de apreciação técnica de um projeto de intervenção comunitária

Lú [redacted] e.pt>

seg, 21/11/2022 23:18

Para: A [redacted]

Cc: Mar [redacted]

saude.p [redacted]

1 anexos (2 MB)

NFL_ACES_LuciaNogueira_Completo.pdf

Boa Noite [redacted]

O meu nome é [redacted], sou enfermeira na USF Poente e aluna do 6º curso de mestrado em enfermagem de associação 2022/2023 da área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do curso estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado: " O silêncio do idoso: um projeto de intervenção" que tem por finalidade combater o isolamento social no idoso na área geográfica de união de freguesias de Caparica e Trafaria

Assim, venho respeitosamente solicitar a apreciação técnica pelo Núcleo de Formação e Investigação do referido projeto.

Com os melhores cumprimentos,

[redacted]

USF Poente



logo_acesas_assinatura

[cid:image006.jpg@01D1AD45.3287E310](#)

[cid:image008.png@01D1AD45.3287E310](#)

Rua São Lourenço Poente

Apêndice VI – Planificação sessão sobre Isolamento Social

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (1ª Sessão)

“Pont@s entre NÓS”

Tema: Isolamento social [NÃO]

Local :USF Poente

Data: 17/01/2023

Hora :15H

Duração: 45 minutos

Formadores : Lúcia Nogueira

Objetivo Geral: Elucidar /ensinar sobre o isolamento social

Objetivos específicos:

- Definir o conceito de isolamento social
- Identificar fatores de risco do isolamento social
- Identificar as consequências do isolamento social
- Motivar a adoção de comportamentos saudáveis de interação social
- Promover a interação social

	Tempo	Conteúdos	Métodos /Estratégias	Recursos
Introdução	10`	- Apresentação da formadora e participantes. - Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos -Avaliação diagnóstica de conhecimentos relativos ao isolamento social (questionário)	Expositivo e interrogativo	Formadora Enfermeira especialista em enfermagem comunitária Computador projektor Canetas Cadeiras Questionário de avaliação inicial
Desenvolvimento	20`	-Definição do conceito de isolamento social -Fatores de risco para o isolamento social -Estratégias para colmatar o isolamento social -Promoção da interação social entre os vários participantes -Áudio sobre isolamento social	Expositivo/ demonstrativo /interrogativo	<i>Internet</i> Folhas A4 Canetas Cadeiras Mesa Computador

Conclusão	10`	<p>Síntese Esclarecimento de questões Partilha de experiências entre os participantes <i>Tea Break</i></p>	<p>Expositivo/ diretivo Interação com os formandos ao longo de toda a sessão.</p>	<p><i>Internet</i> Folhas A4 Canetas Cadeiras Mesa Computador Projetor Questionário de avaliação Chá</p>
Avaliação	5`	<p>- Avaliação o formador e da sessão - Avaliação dos conhecimentos dos formandos (questionário)</p>	<p>Expositivo e interrogativo</p>	<p>Questionário de avaliação da sessão Questionário de avaliação Canetas</p>

Apêndice VII – Planificação sessão sobre Recursos na Comunidade

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (2ª Sessão) “Pont@s entre NÓS”

Tema: Os recursos comunitários “Pont@s entre NÓS”

Local : USF Poente

Data: 20/01/2023

Hora: 16h

Duração :45 minutos

Formadores : Lúcia Nogueira

Destinatários: Utentes com idade igual ou superior a 65 anos que residam sozinhos

Objetivo Geral: Elucidar/informar sobre os recursos existentes na comunidade

Objetivos específicos:

- Esclarecer sobre o que são recursos comunitários
- Enumerar os recursos existentes na comunidade
- Identificar os objetivos dos serviços comunitários e população alvo
- Explicar como aceder a estes recursos
- Promover a interação social

	Tempo	Conteúdos	Métodos /Estratégias	Recursos
Introdução	10`	- Apresentação da formadora e participantes. -Acolhimento dos participantes - Apresentação do tema - Apresentação dos objetivos -Avaliação diagnóstica de conhecimentos relativos aos recursos comunitários (questionário)	Expositivo e interrogativo	Formadora Enfermeira especialista em enfermagem comunitária Computador projektor Canetas Cadeiras Questionário de avaliação inicial
Desenvolvimento	20`	-Definição do que são recursos comunitários - Partilha de experiências por parte	Expositivo/ demonstrativo /interrogativo	<i>Internet</i> Folhas A4 Canetas Cadeiras

		dos participantes (chuva de palavras) relacionadas com o tema		Mesa Computador
Conclusão	10`	Síntese Esclarecimento de questões Entrega de <i>Flyer</i> com contatos uteis	Expositivo/ diretivo Interação com os formandos ao longo de toda a sessão.	<i>Internet</i> Folhas A4 Canetas Cadeiras Mesa Computador Projektor
Avaliação	5`	- Avaliação o formador e da sessão - Avaliação dos conhecimentos dos formandos (questionário)	Expositivo e interrogativo	Questionário de avaliação da sessão Questionário de avaliação Canetas

Apêndice VIII – Declaração de confidencialidade



DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Eu, I [REDACTED] aluna do 6.º Curso Mestrado em Enfermagem em Associação 2022/23, Área Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Setúbal, autora do projeto estágio, de intervenção comunitária, com tema: “O silêncio do Idoso: Projeto de Intervenção Comunitária”, declaro, por minha honra, que os dados obtidos neste estudo são confidenciais e apenas para consecução do projeto.

Almada, setembro de 2022

[REDACTED SIGNATURE]

Apêndice IX – Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre isolamento social

Grelha de Avaliação de Conhecimentos Inicial sobre Isolamento Social (Sessão 1) (Coloque uma cruz na opção correta)	Sim	Não
Isolamento social: sabe o que é?		
Tem conhecimento das possíveis causas que levam ao isolamento social?		
Sabe quais são os fatores de risco que podem levar ao isolamento social?		
Tem conhecimento de estratégias que podem ser utilizadas para prevenir o isolamento social?		

Grelha de Avaliação de Conhecimentos Final sobre Isolamento Social (Sessão 1) (Coloque uma cruz na opção correta)	Sim	Não
Isolamento social: sabe o que é?		
Tem conhecimento das possíveis causas que levam ao isolamento social?		
Sabe quais são os fatores de risco que podem levar ao isolamento social?		
Tem conhecimento de estratégias que podem ser utilizadas para prevenir o isolamento social?		

Bem-haja pela sua colaboração!

Apêndice X – Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre recursos na comunidade

Grelha de Avaliação de Conhecimentos Inicial sobre Recursos na Comunidade – Sessão 2 (Coloque uma cruz na opção correta)	Sim	Não
Na sua comunidade, já ouviu falar sobre os recursos comunitários existentes?		
Recursos comunitários: sabe o que são?		
Considera que a informação sobre os recursos comunitários é de fácil acesso?		
Acredita que ter acesso a informação sobre os recursos disponíveis na comunidade, poderia ajudá-lo a se sentir menos isolado?		
Já utilizou algum dos recursos comunitários disponíveis na sua comunidade?		

Grelha de Avaliação de Conhecimentos Final sobre Recursos na Comunidade – Sessão 2 (Coloque uma cruz na opção correta)	Sim	Não
Na sua comunidade, já ouviu falar sobre os recursos comunitários existentes?		
Recursos comunitários: sabe o que são?		
Considera que a informação sobre os recursos comunitários é de fácil acesso?		
Acredita que ter acesso a informação sobre os recursos disponíveis na comunidade, poderia ajudá-lo a se sentir menos isolado?		
Já utilizou algum dos recursos comunitários disponíveis na sua comunidade?		

Bem-haja pela colaboração!

Apêndice XI – Questionários de avaliação das sessões

Grelha de avaliação da Sessão de Formação Isolamento social [NÃO] (sessão 1)

Avaliação do Sessão de Formação Sessão de Formação	Recursos da comunidade
Datas da sessão de formação	17/01/2023
Formadores	Lúcia Nogueira
Local da sessão de formação	USF Poente

Assinale com um **X** a opção que escolher: 1 (Discordo totalmente), 2 (Discordo), 3 (Concordo), 4 (Concordo totalmente)

	1	2	3	4
Interessante/Útil para o meu dia-a-dia				
Compreendi a temática abordada				
Tempo dedicado à exposição teórica adequado				
Adquiri conhecimentos novos				
Método de avaliação adequado				

Sugestões (relativamente à apresentação e aos formadores)?

Grelha de avaliação da Sessão de Formação
Recursos comunitários
Sessão 2

Avaliação do Sessão de Formação Sessão de Formação	Recursos da comunidade
Datas da sessão de formação	20/01/2023
Formadores	Lúcia Nogueira
Local da sessão de formação	USF Poente

Assinale com um **X** a opção que escolher: 1 (Discordo totalmente), 2 (Discordo), 3 (Concordo), 4 (Concordo totalmente)

	1	2	3	4
Interessante/Útil para o meu dia-a-dia				
Tempo dedicado à exposição teórica adequado				
Tempo dedicado à exposição prática adequado				
Adquiri conhecimentos novos				
Método de avaliação adequado				

Sugestões (relativamente à apresentação e aos formadores)?

Apêndice XII – Apresentação sobre Isolamento Social

Isolamento Social [NÃO]

"Pont@s que nos unem"

Enfermeira Lúcia Nogueira
Enfermeira Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves

17-01-2023

Isolamento social



Isolamento social

Isolamento pode ser definido como afastamento. Este pode ser físico (indivíduo que vive afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que sente moralmente só ou perdido) (Freitas, 2011).

O que é?

- Ausência de contato social ou familiar
- Ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior
- Dificuldade no acesso a serviços

Caraterísticas do isolamento social

- Sentimentos de tristeza e rejeição
- Tendência para se afastar da sociedade
- Falta de comunicação e de ver outras pessoas

Fatores de Risco

- Dependência de substâncias psicoativas;
- Ser um cuidador informal permanente;
- Características específicas no local de trabalho.



Fatores de Risco

- Doença mental grave
- doença crónica
- mobilidade reduzida
- incapacidade (por exemplo, surdez)
- dependência de substâncias psicoativas
- ser um cuidador informal permanente
- características específicas no local de trabalho



Causas para o isolamento Social


- Isolamento Geográfico
- Indisponibilidade da família para cuidar
 - Falta de ocupação dos tempos livres
 - População inativa (reforma)

Consequencias do isolamento social

- Solidão: Após saída vida activa (reforma)
- Baixa quantidade de vida: Viuvez
- Baixa auto-estima: Abandonado por parte dos familiares

Como combater o isolamento?

- Em casa ou no trabalho, convide um amigo, vizinho ou colega para beber um café e conversar
- no trabalho, procure manter relações sociais autênticas com os colegas, mostrando interesse pela sua vida pessoal
- partilhe informação sobre iniciativas na sua comunidade



Como combater o isolamento?

- quando não houver proximidade, envie uma mensagem de olá ou bata à porta de sua casa
- incentive o convívio entre pessoas que moram sozinhas
- fomente novas tecnologias de comunicação que proporcionem a comunicação e convívio à distância, por exemplo através das redes sociais



[Não] estamos SÓS

https://cota.ips.min-saude.pt/_isolamento-social_novela_c.mp3

Pausa para o Chá



Referencias Bibliográficas

Diagnóstico Contínuo da Rede Social de Almada/ Conselho Local de Ação Social de Almada Caderno "Retrato das Freguesias – União de Freguesias da Caparica/Trafaria" Conclusão julho de 2021 e revisão dezembro de 2021
https://www.cmalmada.pt/sites/default/files/202202/Caderno_UFCaparica_Trafaria.pdf

Maia, R. L. (2002). Dicionário de sociologia. Porto: Porto Editora
<https://biblioteca.sns.gov.pt/>



Apêndice XIII – Apresentação sobre Recursos na Comunidade

Recursos da Comunidade

Enfermeira Lúcia Nogueira
Enfermeira Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves

Recursos comunitários

Objetivo Visam dar resposta aos problemas da comunidade

Privilegiam a manutenção da pessoa no seu meio familiar

Como? Em função das necessidades e da autonomia de cada um

Saúde

UCC Cuidados na comunidade

USF Equipa de Saúde Familiar

INEM

HGO Especialidades

Farmácias/Clinicas

Junta de Freguesia/ Município

Caparica Trafaria

Largo da Torre, Monte de Caparica
2829-509 Caparica
212 954 688 / 212 950 153
geral@jf-caparica-trafaria.pt

CMA

Linha Verde Almada Informa - 800 206 770
almadainforma@cm-almada.pt
Telefone: 212 724 000

Segurança

POLÍCIA SEGURANÇA PÚBLICA

Polícia de Segurança Pública Divisão de Almada.
Rua Direita, 1, Pragal 2804-532 Almada 212 721 400 212 749 351 (Equipa Proximidade): 916 135 106

Av. 25 de Abril 46 2825-894
Tel. 217655960

Rua dos Lusitadas, Bairro do Matadouro - Pragal 2800-221 Almada 212 946 5778/9 212 958 444

Proceta Bombeiros Voluntários da Trafaria
2825-845
TEL: 21 295 0093

Avenida 25 de Abril, nº 34
2804-516 - Almada
TEL: 300502502

Rua Mário Casimiro n.º1, Almada, Portugal
geral.unica@gmail.com

Rua da Cerca 21, 2800-050 Almada
Tel. 21 901 2420

Social

- Santa Casa da Misericórdia (Espaço Jovem);
- Centro Comunitário PIA I e II;
- Centro Integrado Arco-íris;
- AMI - Centro Porta Amiga de Almada;
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental (APPACDM);

Social

- Centro Local de Apoio à Integração de Imigrantes do Monte da Caparica;
- Centro Social e Paroquial Cristo Rei e da Vila Nova da Caparica;
- Associação de Iniciativas Populares para a Infância do Concelho;
- União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR);
- Lares Cristo Rei, S. Francisco Xavier e Granja Luís Rodrigues

Projetos

- Competências digitais para tod@s;
- Anda cá biblioteca vai a casa;
- Há Margem
- Espaço Inpeir_Ação

obrigada!

Referencias Bibliográficas

Diagnóstico Contínuo da Rede Social de Almada/ Conselho Local de Ação Social de Almada Caderno "Retrato das Freguesias – União de Freguesias da Caparica/Trafaria" Conclusão julho de 2021 e revisão dezembro de 2021
https://www.cmalmada.pt/sites/default/files/202202/Caderno_UFCaparica_Trafaria.pdf

Maia, R. L. (2002). Dicionário de sociologia. Porto: Porto Editora
<https://biblioteca.sns.gov.pt/>

Apêndice XIV – Flyer da sessão “Pont@s entre nós”

Contatos Recursos na Comunidade	Telefone	Email
Familiar/Amigo		
Bombeiros Voluntários	21 295 0093	direccao@bvtrafaria.com
INEM	112	inem@inem.pt
Guarda Nacional Republicana	212 964 070 21 765 5960	ct.stb.dalm.pt@gnr.pt
Polícia Segurança Pública	212 749 351	pragal.setubal@psp.pt
Proteção Civil Almada	21 294 65 77/8/9	proteccao.civil@cma.m-almada.pt
Unidade de Cuidados na Comunidade	212735148	ucc.almada @arslvt.min-saude.pt
Hospital Garcia de Horta	212 940 294	geral@hgo.min-saude.pt
USF Poente	924 204 351	usf.poente @arslvt.min-saude.pt
USF Vista Tejo	924 204 535	usf.vistatejo @arslvt.min-saude.pt
União de freguesias Caparica e Trafaria	21 295 0725 21 294 6910	geral@jf-caparica-trafaria.pt
Camara Municipal Almada	21 272 4000	almadainforma@cm-almada.pt
Centro Paroquial Cristo Rei	21 242 1325	info@cristorei.pt
Lar da Granja Luís Rodrigues	21 011 3920	mjcardoso@scma.pt
Espaço cidadão	800 206 770	
SOS Voz Amiga	213 544 545 912 802 669	
SNS 24	800242424	
TEM MAIS DE 65 ANOS E VIVE SOZINHO? TENHA ESTES CONTATOS À MÃO!		

“Pont@s entre NÓS”

Isolamento Social e Recursos na Comunidade

“Isolamento pode ser definido como afastamento. Este pode ser físico (indivíduo que vive afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que sente moralmente só ou perdido)”

(Maia, 2002).

“ Deixar a sua idade envelhecer, mas não o seu coração. ”



Discente: [Redacted]
Orientação: [Redacted]

Apêndice XV – Solicitação reunião União de Freguesias

De: [Redacted] <[Redacted]@[Redacted].pt>
Enviada: 22 de novembro de 2022 12:12
Para: g [Redacted]
Cc: Lú [Redacted] <[Redacted]@[Redacted].pt>
Assunto: RE: Reunião C.S.F. - Eixo Envelhecimento Ativo

Bom dia Dr.ª Alexandra Lourenço

De acordo com o vosso projeto em curso "Eixo Envelhecimento Ativo" e para o qual solicitaram a nossa participação, informo que foi considerado por mim de extrema importância e esta área é também de intervenção prioritária para a saúde, com os parceiros da comunidade.

Neste momento encontro-me a orientar uma tese de mestrado de uma Enfermeira do ACES AS, integrada na USF Poente (Monte da Caparica) e lancei-lhe o desafio de podermos estudar / desenvolver um projeto de intervenção nesta área.

Pelo exposto, venho solicitar uma reunião consigo, eu e a estudante com a duração de cerca de 1h a 2h para partilha e conhecimento do trabalho já desenvolvido e ou a desenvolver.

As quartas e sextas feiras são os nossos melhores dias, com disponibilidade de horário.

Muito agradeço a sua colaboração e fico a aguardar a sua disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

C [Redacted]
E [Redacted]
Especialista em Saúde Pública e Mestre em Saúde Comunitária

Apêndice XVI – Solicitação reunião Câmara Municipal Almada

RE: UCC Almada - Projeto de Intervenção Comunitária de âmbito Académico - "O Silêncio do Idoso"



Cc: M
Assunto: UCC Almada - Projeto de Intervenção Comunitária de âmbito Académico - "O Silêncio do Idoso"

Mensagem externa à CMA: A cibersegurança é uma responsabilidade partilhada.
Cuidado ao clicar em hiperligações (*links*) e ao abrir anexos. Certifique-se que confia no remetente e que a mensagem aparenta ser genuína.

Exm.ª Sr. Dr. Ricardo Fernandes

De acordo com o trabalho desenvolvido em articulação / parceria nas diferentes áreas de intervenção comunitária entre a UCC Almada e a CMA, conversei ontem ao telefone com a Dr.ª Rita Cunha, a solicitar-lhe colaboração sobre a melhor forma de podermos agendar uma reunião conjunta, que nos permitisse divulgar um Projeto de Intervenção Comunitária de âmbito Académico - "O Silêncio do Idoso", que está a ser desenvolvido por uma Enfermeira do nosso ACeS na UCC Almada e com a minha orientação e do Sr. Professor Edgar, mas com o objetivo de ter continuidade nos nossos serviços e em parceria com as Instituições da nossa Comunidade. Gostaríamos ainda que pudesse ser integrado noutros projetos em curso.

Pelo exposto, se V. Exm.ª considerar pertinente, ficamos disponíveis para participarmos numa das vossas reuniões programadas em janeiro, dando assim oportunidade á Sr.ª Enf.ª Lúcia Nogueira, de divulgar o seu trabalho.

Transcrevo o seu e-mail, que poderia ser por ela enviado, se entre a UCC Almada e CMA não existisse já este longo percurso de trabalho conjunto.

Lúcia Maria Farinha Nogueira, enfermeira na USF Poente do ACeS AS e aluna do 6º curso de Mestrado em Enfermagem de Associação 2022/2023 da área de Especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde no Instituto Politécnico de Setúbal.

No âmbito do curso, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária denominado: " O silêncio do idoso: um projeto de intervenção" que tem por finalidade combater o isolamento social no idoso na área geográfica do Monte da Caparica.

Este estagio é efetuado na UCC Almada , pelo que muito respeitosamente venho solicitar uma reunião com V. Exm.ª para apresentação do projeto, de forma a podermos estabelecer um trabalho de parceria com a CMA, contribuindo assim para a diminuição do isolamento social no idoso que vive sozinho no Monte da Caparica . "

Agradecendo desde já a sua / vossa colaboração, esta é uma área que nos preocupa a todos e por isso o nosso interesse em contribuirmos em conjunto para a melhoria dos cuidados de saúde / outros a prestar á nossa população.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted signature]

[Redacted signature]

Apêndice XVII – Projeto de Parceria USALMA e UCC Almada



Projeto de Parceria USALMA e UCC Almada

USALMA (Universidade Sénior de Almada)
 UCC Almada (Unidade de Cuidados na Comunidade de Almada) –
 Unidade de Saúde, integrada no ACeS AS (Agrupamento de Centros de Saúde Almada Seixal)

Atividade	Sessão / Formador	Mês	Dia	Destinatários	Intervenientes
A- Sessão de promoção para a saúde Quarta – feira 14:30- 15:30	Isolamento social no Idoso Enf.ª Lúcia Nogueira	março	28 14:30- 15:30	Alunos da USALMA	UCC Almada
	Importância do exercício físico Fisioterapeuta – M.ª José Goulão	maio	03 14:30- 15:30	Alunos da USALMA	
	Alimentação saudável Enf.ª Cristina Santana	maio	17 14:30- 15:30	Alunos da USALMA	
	Prevenção de quedas Enf.ª Jorge Matias	junho	07 14:30- 15:30	Alunos da USALMA	
	Demências Enf.ª Rita Costa	outubro	04 14:30- 15:30	Alunos da USALMA	
B – Divulgação /Prescrição da USALMA	Divulgação da USALMA (folhetos) em formato impresso e digital junto dos profissionais de saúde e dos seus parceiros.				
	Objetivo	Periodicidade	Dia/hora	Intervenientes	
C - Dinamização do “Gabinete Saúde” da Apcalmada-USALMA	Escuta ativa na Universidade Sénior	Mensal 2H	2.ª Quinta – feira de cada mês 10h às 12h	Enf.ª Rita Costa UCC Almada	

Apêndice XVIII – Participação no V Seminário Internacional Vulnerabilidades Sociais e de Saúde



Apêndice XIX – Artigo “o silêncio do idoso, um projeto de intervenção”

O SILENCIO DO IDOSO - ISOLAMENTO SOCIAL-UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

The Silence of the Elderly - Social Isolation - An Intervention Project

Lúcia Maria Farinha Nogueira – Licenciada em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil de Lisboa; Enfermeira na USF Poente (Monte de Caparica); Aluna do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde

Edgar Manuel Prazeres Duarte Canais- Professor docente, da Escola Superior de Saúde de Setúbal.

Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves-Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária - Unidade de Cuidados na Comunidade.

RESUMO

O isolamento social no idoso é um acontecimento cada vez mais frequente e que passa despercebido ao olhar de cada um e da sociedade em geral. O idoso muitas vezes mantém-se silencioso sem dar sinais deste isolamento. O processo de envelhecimento leva à existência de mais pessoas a viverem sós, existindo uma relação entre o viver sozinho e o processo de envelhecimento.

Objetivo: Contribuir para a diminuição do risco de isolamento nos utentes que residem sozinhos com idade superior ou igual a 65 anos na união de freguesias de Trafaria e Caparica (Almada)

Método: Metodologia do Planeamento em Saúde, participaram de forma anónima e voluntária 32 utentes com idade superior ou igual a 65 anos que residem sozinhos.

Os dados foram recolhidos presencialmente, em consulta de enfermagem ou em visitaçã domiciliar mediante um questionário socio demográfico e o preenchimento da escala UCLA- *Loneliness Scale* e da escala, LN *Network Scale of Social Support Lubben* (LSNS-6), escalas validadas para a língua e cultura portuguesas.

Resultados: A análise dos resultados através da aplicação das escalas UCLA e LSNS-6, vem demonstrar que a maioria dos indivíduos da amostra se encontra com valores (*continua*)