

Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem Comunitária**

Anabela Fernandes Rodrigues dos Santos



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida

**Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem Comunitária**

Anabela Fernandes Rodrigues dos Santos

Orientador

Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

2019, outubro

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras

Todos deveriam ser transformados em ações

Em ações que tragam resultados”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

À minha avó que chamava anjo da guarda.

Ao meu avô pela força, apoio e ensinamentos ao longo da minha vida.

“César” o teu amor faz-me sorrir, obrigado por sorrisos comigo também.

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

AGRADECIMENTOS

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

Agradeço à professora Doutora Maria Carmo Figueiredo, orientadora deste trabalho, por todo o apoio, disponibilidade, orientação e rigor científico, saber e aconselhamento dado ao longo de diversos momentos

Agradeço a toda a equipa da Unidade Cuidados na Comunidade do Entroncamento, pelo acolhimento e simpatia demonstrada ao longo deste estágio, em especial a enfermeira cooperante Ana Cristina Gonçalves pela incansável paciência e orientação no contexto clínico que tornou tão enriquecedor, por todas as oportunidades dadas, pela integração na UCCE.

Um muito obrigado à Dr.^a Laura responsável pelo Centro de Convívio do Entroncamento pela disponibilidade do local onde realizaram as formações.

Ao grupo de trabalho do 7º Curso de Mestrado pelo espírito de solidariedade, pela partilha das vivências e das dificuldades, sem eles tudo teria sido mais difícil. Convosco a caminhada tornou-se menos angustiante.

O meu muito obrigada a todos as participantes deste projeto.

A todos o meu sincero obrigado!

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

Art.º – Artigo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

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

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Ed. – Edição

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Enf.^a – Enfermeira

ESSS – Escola superior de saúde de santarém

Et al – entre outros

f. – folha

INE – Instituto Nacional de Estatística

NACJR – Núcleo de Apoio de Criança e Jovens em Risco

Nº /nº – número

JBI – Joanna Briggs Institute

QAFMI – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos

OARS – Older Americans Resources and Services Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNS – Plano Nacional de Saúde

PCCI – Programa de Cuidados Continuados Integrados

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE – Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de saúde familiar

RCEEEECSP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

WHO – World Health Organization

RESUMO

O isolamento social afeta o processo de envelhecimento de qualidade definindo-se pela necessidade de contacto significativo com outros indivíduos. A falta de qualidade, ou mesmo ausência, de relacionamentos traduz-se numa experiência de exclusão social.

Tendo como suporte o planeamento em saúde elaborou-se o diagnóstico de enfermagem comunitário com base no modelo conceptual de Betty Neuman: “*Ameaça à linha de defesa dos idosos relacionada com os stressores intrapessoais, evidenciada pelo isolamento social e solidão*”, que conduziu à intervenção comunitária “*Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida*” lançando uma questão fundamental: “Quais as intervenções de enfermagem na prevenção do Isolamento Social nos Idosos?”.

Esta intervenção, suportada pela evidência científica patente na *Scoping Review*, incidiu sobre os utentes da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento, demonstrando ganhos em saúde, bem como na visibilidade necessária à prática, revelando um valor médio de aumento de 76,7% sobre a temática.

Palavras-Chave: Enfermagem, Isolamento Social e Idosos.

ABSTRACT

Social isolation affects the quality aging process defined as the need of significant contact with other individuals. The lack of quality, or absence, of relationships translate into a social exclusion experience.

Supported by Health Planning, a nursing diagnosis was elaborated based on Betty Neuman`s conceptual model: "*Threat to the senior community defense line related with intrapersonal stressors, underlined by social isolation and solitude*" which led to the community intervention "Promoting social relationships for a better life quality" launching a fundamental question: "Which are the nursing interventions regarding the prevention of social isolation in senior population?"

This intervention, based on scientific evidence displayed in the Scoping Review, focused on the users of the Care Unit in the Community of Entroncamento, demonstrating health gains as well as the needed visibility to the practice, revealing an increased medium value of 76,7% in acquired knowledge over the topic.

Key Words: Nursing, Social Isolation, and Aging.

INDICE

	p.
INTRODUÇÃO	15
1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO	18
2 - CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA	20
2.1- ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO: ALGUMAS PERSPETIVAS	20
2.1.1- Isolamento Social Versus Solidão	22
2.2- FATORES DE RISCO DO ISOLAMENTO SOCIAL	22
2.3- O ISOLAMENTO SOCIAL E O ENVELHECIMENTO	24
2.4- ISOLAMENTO SOCIAL E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	25
2.5- PERSPETIVA SISTÉMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN	27
3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE	30
3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	31
3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	35
3.3- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	36
3.3.1- Scoping Review	38
3.4- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	40
3.4.1- Projeto de Intervenção Comunitário: “Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida”	40
3.5- PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES	41
3.6- AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	46
4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO	53
5 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA	55
6 - CONCLUSÃO	59
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

ANEXO I - Projeto de Estágio	68
ANEXO II - Questionário OARS <i>Older Americans Resources and Services Program</i> - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos	68
ANEXO III - Pedido e resposta de autorização para aplicação do questionário OARS	90
ANEXO IV - Consentimento informado para os idosos	92
ANEXO V - Pedido de autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém	95
ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém	97
ANEXO VII - Gráficos das características da população por Género e Idade	99

ANEXO VIII - Gráficos da distribuição da percentagem relativa ao Critério Transcendência e Vulnerabilidade.....	101
ANEXO IX - <i>Scoping Review</i>	103
ANEXO X - Quadro das Bases de dados e limitadores de pesquisa	104
ANEXO XI - Plano de sessão e respetiva apresentação em PowerPoint da sessão aos parceiros 106	
ANEXO XII - <i>Poster</i> alusivo à temática “Isolamento Social e Solidão”	123
ANEXO XIII - Artigo para Rádio Voz Entroncamento “Vem caminhar connosco – Programa REVIVER” e respetivo comprovativo da participação na sua divulgação.....	125
ANEXO XIV - Artigo “Dê mais vida aos seus anos” para o Jornal do Entroncamento	128
ANEXO XV - Questionário inicial dos dados de caracterização, fichas de conhecimento iniciais e finais das sessões e questionário de avaliação final do formador.....	133
ANEXO XVI - Plano de sessão, guião de apresentação, instrumento de avaliação da sessão e folheto da caminhada	144
ANEXO XVII - Plano de sessão, <i>poster</i> de divulgação, apresentação em PowerPoint, folheto e Íman alusivo ao isolamento social.....	153
ANEXO XVIII - Plano de sessão, <i>poster</i> de divulgação, apresentação em PowerPoint e respetivo folheto sobre solidão	166
ANEXO XIX - Plano de sessão, <i>poster</i> de divulgação, apresentação em PowerPoint, folheto, e íman, alusivos aos recursos comunitários	178
ANEXO XX - Tabelas e gráficos para caracterização da amostra	197
ANEXO XXII - Tabela de avaliação do formador durante as sessões	202
ANEXO XXIII - Apresentação em PowerPoint do seminário intercalar e final.....	205

INDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 - Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman, adaptado a este estudo	34

INDICE DE GRÁFICOS

p.

Gráfico 1 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão sobre isolamento social	47
Gráfico 2 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão da solidão	48
Gráfico 3 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão dos recursos comunitários	48
Gráfico 4 - Avaliação de " muito satisfeito" do desempenho do formador das sessões	49

INDICE DE QUADROS

	p.
Quadro 1 - Caracterização da Amostra.....	46
Quadro 2 - Indicadores de Atividade.....	50
Quadro 3 - Indicadores de Resultados.....	51

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS) e reflete a prática desenvolvida em todo o percurso no seio da enfermagem comunitária, abordando as aprendizagens adquiridas numa lógica de integração de conhecimentos e encadeamento de práticas conducentes ao aperfeiçoamento da intervenção em enfermagem. Neste sentido, enquadrou-se a prática clínica sustentando-a na evidência, com recurso ao planeamento em saúde e à metodologia científica, e fundamentando desse modo a particularidade das situações de cuidar, recorrendo à *Scoping Review* que consubstancia as competências desenvolvidas no âmbito da enfermagem avançada, inventaria a sua natureza, avalia, regista e divulga os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

O Mestrado tem o objetivo de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, através da autoformação e reflexão sobre a prática.

De salientar também a intenção de desenvolver conhecimentos técnicos no âmbito da enfermagem comunitária por forma a contribuir continuamente na capacitação dos cidadãos/indivíduos, tornando o trabalho profícuo e útil no sentido prático, mas também no domínio da reflexão sobre a avaliação e apreciação de toda a prática desenvolvida para o Planeamento em Saúde.

Nesse sentido, este relatório pretende ser um guia fundamental da prática profissional de enfermeiros especialistas, tornando-o uma orientação fulcral para uma boa prática profissional.

Para o desenvolvimento do estágio foi elaborado um projeto (Anexo I), que visa uma intervenção comunitária partindo de um diagnóstico de situação sobre o isolamento social e a solidão nos idosos com idade igual ou superior a 65 anos e que vivem sós.

Este relatório teve como fundamento o diagnóstico de enfermagem comunitária que é o isolamento social em grau elevado e solidão em grau moderado.

O diagnóstico de enfermagem, no qual se fundamentará a intervenção comunitária, pressupõe a adaptação do modelo de sistemas de Betty Neuman.

Este modelo enfatiza uma abordagem da prática holística “na qual qualquer parte do sistema ou subsistema se pode organizar como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total” (Neuman, 1995, p. 410).

Para Neuman, a enfermagem é vista como uma “profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*” (Neuman, 1982 citado por Freese, 2004). Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de

cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo ou comunidade. Este modelo proporciona a “estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem e é suficientemente flexível para lidar de forma adequada com a complexidade do global” (Neuman, 1995). Este modelo é alicerçado numa abordagem sistémica não entrando em conflito com outras formas de apreciação em enfermagem que possam surgir.

O isolamento social é um tema muito complexo, que foi analisado por várias organizações mundiais, uma das quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) no seu relatório de 2015, bem como por organizações nacionais, para este caso em particular a Direção Geral de Saúde (DGS) no seu relatório de 2016. Quer a OMS, quer a DGS consideram o isolamento social como uma questão altamente complexa e como sendo um dos grandes desafios impostos perante a sociedade (OMS, 2016; DGS, 2015). De acordo com o seu elevado grau de complexidade, o isolamento social é um fenómeno estudado pelas Ciências Sociais, comportamentais, entre outras.

Segundo Mauritti (2011) o conceito de isolamento social está intimamente relacionado com a solidão. O isolamento refere-se à falta de ligação e apoio dentro da comunidade, enquanto a solidão é um sentimento de afastamento provocado por essa situação de vida. Os vários eventos de vida que podem gerar sentimentos de solidão e isolamento social são: viuvez, institucionalização, rotatividade pela casa dos filhos ou outros cuidadores, problemas de saúde e sensação de não ser ouvido. Por conseguinte, o isolamento social tem maioritariamente causas externas, tais como: perda ou mudança de habitação, perda de companheiro de vida e amigos e aparecimento de problemas de saúde. Enquanto a solidão pode estar associada à perda de sentido dado pelo papel social desempenhado na vida e conseqüentemente o afastamento da sociedade, ficando o idoso numa posição vulnerável e afastado do meio que o rodeia (Galinha, 2010).

Os questionários aplicados à população em estudo revelam que os dados nacionais vão ao encontro da realidade observada na Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (UCCE).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é um profissional de saúde com maior acesso às pessoas que estão isoladas socialmente e, particularmente, as que não saem de casa. Esta acessibilidade de contacto privilegiado permite-lhe realizar uma avaliação de cada caso, identificar as necessidades das pessoas e desenvolver os respetivos planos de cuidados. Desta forma o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pode desenvolver atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis, influenciar estados emocionais e de saúde mental, como a autoestima e a autoeficácia, bem como a depressão (Nicholson, 2012).

Este relatório tem como finalidade retratar o percurso realizado no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. De acordo com a Ordem do Enfermeiro (OE), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é aquele que possui um conhecimento e compreensão sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e que consegue, de forma adequada, responder às necessidades de quem cuida (pessoa, grupos e comunidade), obtendo ganhos efetivos em saúde (OE, 2010).

Para facilitar a compreensão do caminho percorrido, o presente relatório encontra-se organizado por capítulos para que a sua estrutura facilite a sua leitura e entendimento. O mesmo é composto pela introdução, concetualização teórica, contextualização do estágio desenvolvido na UCCE, planeamento em saúde: evidência científica da prática com recurso à *Scoping Review*, desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, análise reflexiva do trabalho e conclusões, finalizando com as referências bibliográficas.

1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO

O conhecimento aprofundado do local onde decorre o ensino clínico é fundamental para que se consigam estabelecer metas e objetivos mensuráveis. Desta forma, conhecer a estrutura física, orgânica e funcional, bem como a integração na equipa multidisciplinar é o primeiro passo a dar para que o estágio se inicie em pleno.

O Centro de Saúde do Entroncamento fica situado na freguesia de Nossa Senhora de Fátima, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo (ACES Médio Tejo). Tem como área de atendimento toda a população do concelho do Entroncamento, subdividindo-se por Unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, Art.º 11º como uma unidade que “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente, a pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que necessitem de um acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (ARSLVT, 2016, p. 1184).

As UCC são coordenadas por um enfermeiro e constituídas por equipas multidisciplinares, com a missão de prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e apoio social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, intervindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, em articulação com as restantes unidades funcionais.

A UCCE funciona das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados. O plano de ação da UCCE está centrado na intervenção em grupos e comunidades e que desenvolve várias atividades, em diferentes programas, dirigidos a grupos etários distintos. A UCCE tem como plano de ação (2018) o desenvolvimento dos seguintes programas:

- Programa Nacional de Saúde Escolar: intervenção nas escolas, no desenvolvimento de projetos de educação para a saúde, focando a alimentação saudável/prevenção da obesidade, da educação sexual e dependências;
- Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: integração dos cuidados de saúde reprodutiva e nessa perspetiva, a consulta de planeamento familiar. Baseando-se em dois parâmetros: a preparação para a parentalidade e a recuperação pós-parto;

- Projeto de intervenção em visita domiciliária a famílias de risco: apoia famílias com necessidades específicas (acompanhamento, formação e programas adequados à situação de risco diagnosticada);

- Rede social: fórum de articulação e congregação de esforços. A adesão é livre por parte das autarquias e das entidades públicas, ou privadas sem fins lucrativos, que nela queiram participar, conduzindo a uma concertação de esforços com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. A rede tem como objetivo otimizar as diferentes capacidades de resposta e adotar medidas de política social, sem criar novos serviços nem aumentar as despesas ou a intervenção do Estado, uma vez que a solidariedade é um dever de todos;

- Programa REVIVER: impacto na inserção de pessoas com doença mental e psiquiátrica, com início em maio de 2010. Há uma inserção destas pessoas nas classes de ginástica, hidroginástica e passeios pedestres, para promover a qualidade de vida;

- Espaço saúde: difusão da informação em saúde, através do trabalho em parceria com todas as entidades da comunidade. A articulação com o conselho clínico do ACES Serra D'Aire é fundamental para validação dos conteúdos e harmonização da informação em saúde dos profissionais. Com o objetivo de promover a saúde da comunidade;

- Programa de Cuidados Continuados Integrados: equipa multidisciplinar, que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, ou outros, a pessoas que tenham perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, bem como aos cuidadores formais e informais dos mesmos, residentes no concelho do Entroncamento. Como objetivos pretende: Proteger/promover a saúde do cliente; prevenir complicações do estado de saúde; responder às necessidades de saúde identificadas/percecionadas/expressas; facilitar a manutenção e desenvolvimento da autonomia; promover a inserção social; participar na execução do esquema terapêutico prescrito; estimular na adoção de novas capacidades, promovendo o autocuidado; promover a participação da família e outros recursos no processo de cuidar; proporcionar a permanência do idoso na sua habitação com mais qualidade; fomentar a articulação entre os vários serviços intervenientes; proporcionar à família a diminuição da sobrecarga de prestação de cuidados; participar na formação de técnicos, ajudantes domiciliários, voluntários, entre outros, bem como dar suporte à família em processo de luto.

- Projetos de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ou dependência e seus familiares/cuidadores. Ajudar as pessoas e as suas famílias a gerirem a terapêutica tem vindo a ganhar uma expressão preocupante, incluindo: pessoas em situação de risco, vulnerabilidade e/ou dependência que abandonam, recusam ou descontinuem de forma reiterada a toma da terapêutica; polimedicados (duplicação de medicamentos com o mesmo princípio ativo, automedicação sistemática sem aconselhamento médico); pessoas que não sabem ler e/ou com capacidade para gerir a toma da medicação; pessoas com doença mental e psiquiátrica identificadas e/ou referenciadas pelos parceiros da comunidade e pelos profissionais das equipas funcionais do Centro de Saúde do Entroncamento.

2- CONCETUALIZAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo refere de forma breve, a importância de se desenvolver este estágio utilizando uma faixa etária bem delimitada (idades iguais ou superiores a 65 anos), da população envelhecida. Fonseca (2004, p. 33) define pessoa idosa, como sendo “um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro”. De modo análogo, Silva (2012) refere que a pessoa idosa deve ser considerada simplesmente como uma pessoa, com potencialidades, incapacidades, desejos e frustrações, exatamente como quaisquer outros grupos etários.

O envelhecimento deve ser reconhecido como uma fase inevitável, integrante do ciclo de vida, devendo ser valorizada, estudada e merecedora de uma abordagem global, com base nas necessidades verificadas e de acordo com os resultados obtidos, que surgem nesta etapa. Por se tratar de uma fase que tem um processo gradual, surgem divergências relativamente à idade a partir da qual se deve considerar os indivíduos como pessoas idosas. A OMS no seu Projeto sobre envelhecimento ativo (WHO, 2002) considera idoso o indivíduo com 60 ou mais anos, mas reconhece que este limite mínimo pode variar segundo as condições de cada país. Em Portugal, o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (PNSPI) considera pessoas idosas os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (DGS, 2006). Trouxe para cima para definição de idoso).

Por outro lado, é essencial explicar, segundo alguns autores, a definição dos conceitos mais relevantes deste trabalho, tais como: isolamento social, solidão, envelhecimento, e o impacto que cada um destes conceitos tem sobre a saúde e a qualidade de vida nos idosos, bem como a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

2.1- ISOLAMENTO SOCIAL E SOLIDÃO: ALGUMAS PERSPETIVAS

Apesar da sua complexidade, o isolamento social é definido no Breve Dicionário de Sociologia e segundo Pité (2004, p.79) como “(...) uma maior ou menor limitação de relações sociais de grupo ou indivíduos perante a vida ativa e social de uma sociedade, caracterizado pela ausência ou limitação de comunicação com os outros, mesmo sem privação física”. Esta abordagem sociológica revela que o isolamento é um problema não só individual, mas também um problema social. Sem ligações sociais, o indivíduo fica numa posição fragilizada e de grande vulnerabilidade perante si próprio e perante todo o meio onde está inserido

Do ponto de vista da Psicologia, o conceito de isolamento social está intimamente relacionado com a solidão. O isolamento refere-se à falta de ligação e apoio dentro da comunidade,

e a solidão é descrita como sendo o sentimento de afastamento provocado por essa mesma situação de vida, sempre que a falta de ligação e apoio dentro da comunidade ocorra. Assim sendo, a literatura distingue o isolamento social e o isolamento afetivo, no qual, a solidão se relaciona com uma baixa satisfação com a rede de relações sociais (Peplau, 1990). De acordo com Galinha (2010), os vários eventos de vida possíveis de gerar sentimentos de solidão e isolamento social são: viuvez, institucionalização, rotatividade pela casa dos filhos ou outros cuidadores, problemas de saúde, sensação de não ser ouvido. Podendo desta forma, verificar que o isolamento social tem, maioritariamente, causas externas, tais como a perda ou mudança de habitação, perda de companheiros de vida, amigos, aparecimento de problemas de saúde. Já a solidão, por sua vez, está associada à perda de sentido dado pelo papel social desempenhado ao longo da vida e o subsequente afastamento da sociedade, deixando o idoso perante uma posição vulnerável e afastado do meio que o rodeia.

Na abordagem de Nicholson (2012), numa perspetiva de enfermagem, o isolamento social é considerado o estado de necessidade ou desejo não realizado de contacto com outros; o indivíduo sente-se excluído socialmente, falta-lhe o envolvimento com os outros e apresenta um número mínimo de contactos sociais, que são insuficientes como relacionamentos gratificantes e de qualidade.

A nível de saúde pública, o isolamento social não é apenas consequência de problemas de saúde, mas também causa dos mesmos. O PNSPI chama à atenção para este mesmo fenómeno:

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos contribuem para (...) a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais (PNSPI, 2004).

São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, a depressão bem como os fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas. Por conseguinte, não é de surpreender que na União Europeia, a mortalidade por suicídio é frequente a partir dos 65 anos de idade, conforme revela o trabalho de Ferrinho (2001). Além das doenças do foro psicológico, existem dados científicos que provam que o isolamento social tem efeitos negativos sobre a saúde, sendo associado com a mortalidade por doença coronária/acidente vascular cerebral (AVC), hospitalização recorrente, quedas, declínio cognitivo. Os idosos que vivem isolados apresentam ainda, riscos mais elevados de assumirem comportamentos prejudiciais, tais como o consumo elevado de álcool ou hábitos alimentares deficitários.

Em relação à realidade portuguesa, o estudo “As gerações mais idosas” publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) conclui que os idosos a viverem sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida e, entre estes, os homens surgem em posição mais desfavorável (INE, 1999). É patente que curar e cuidar custa mais do que prevenir, portanto a nível do orçamento pessoal e público, combater o isolamento social e os seus efeitos negativos, pode

trazer benefícios não só ao nível pessoal como da comunidade, mas também do erário público, na sua amplitude (Soeiro, 2010).

2.1.1 – Isolamento Social Versus Solidão

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin & Larsen, 2006).

O isolamento social tem como resultado a diminuição da capacidade funcional, que interferem nas atividades da vida diária (AVD) e na participação social, sendo fatores de risco relevantes no aparecimento de quadros depressivos (Netto, 2002). Como sinal de depressão o idoso apresenta frequentemente desmotivação está intimamente relacionada com a dependência física, com o isolamento social e com a tristeza (Wilson & Harris, 2010).

A solidão define-se como um sentimento angustiante que acompanha as divergências entre os desejos e as reais relações sociais. Vários estudos comprovam que os sentimentos de solidão vaticinam a mortalidade, a depressão, as alterações do sono e a saúde mental (Wilson & Harris, 2010).

A solidão provoca sentimentos de tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência do idoso. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande flagelo nos idosos (Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk & Aslan, 2012).

A população mundial de idosos aumenta continuamente e a solidão afeta a qualidade de vida da mesma. A diminuição do convívio entre outras pessoas, bem como a diminuição do contato social, faz com que a atividade da vida diária da população idosa fique afetada (Litvoc & Brito, 2004).

O sofrimento dos mais idosos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais angustiantes e problemáticas e que se torna urgente reverter. Este sentimento não acontece só em casos de idosos, que vivem isolados, mas também no seio das suas próprias famílias e instituições. Estes locais, onde inicialmente se poderia pensar não existir tal sentimento, são por vezes lugares onde os idosos sentem uma grande falta de comunicação, participação social e afetiva. Solidão e isolamento social não são sinónimos, embora o isolamento social possa determinar o aparecimento da solidão. O carácter multidimensional destes dois fenómenos tem criado alguma dificuldade na sua conceptualização (Freitas, 2011).

2.2 - FATORES DE RISCO DO ISOLAMENTO SOCIAL

Segundo Cabral (2013), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais que fazem toda a distinção entre saúde e doença.

Para Paúl (2005), a rede social é concebida em três vertentes: a integração social (frequência de contatos com os outros), o apoio recebido (quantidade de ajuda efetiva disponibilizada

pelos elementos da rede) e o apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade).

Segundo Berkman, Glass, Brissette & Seeman (2000), as redes sociais dizem respeito às relações sociais, ao comportamento social e interpessoal que rodeiam o indivíduo e as características desses vínculos, incorporando quatro níveis de impacto na sua estrutura e função:

1. A provisão de suporte social, a qual por sua vez apresenta quatro dimensões: a emocional, pelo carinho, simpatia, compreensão, valorização e estima disponível de outros, como é o caso de uma pessoa íntima; a instrumental, relacionando-se com a ajuda, assistência ou apoio nas necessidades da vida prática, como ir às compras, ir a consultas, pagar as contas e outros auxílios de géneros; a de valorização, para auxiliar na tomada de decisão e na sua realização; e o informativo, que se direciona para a opinião ou informação sobre as necessidades particulares.

2. A influência social, refere relações entre uma ou mais pessoas, que se podem ou não conhecer, mas cujos comportamentos irão ter um impacto no outro.

3. A conectividade e a conexão social, sendo que a primeira é a propriedade ou capacidade de conexão e a segunda refere-se à ligação/vínculo entre as pessoas. Segundo o Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP) refere que a satisfação na vida e a felicidade estão seguramente relacionados com a participação social, realçando-se os contactos sociais regulares (CEPCEP, 2012).

4. O acesso a recursos humanos e materiais, pois o suporte social pode atribuir ou limitar oportunidades.

De acordo com Nicholson (2012), a dimensão do isolamento social induz alguns fatores de risco, os quais, podem ser distinguidos em diferentes categorias:

- Físicas: doenças crónicas/problemas de saúde deteriorada; perda ou diminuição de algum dos sentidos, tais como visão ou a audição; dificuldade nas atividades de vida diária; mobilidade comprometida; alteração no padrão do sono, como a insónia;
- Psicológicas: distúrbios da personalidade; *stress*; demência; depressão ou outras alterações de humor;
- Económicas: dificuldades financeiras, com baixo rendimento económico; reformas;
- Mudanças familiares e/ou laborais: perdas ou mortes de familiares ou amigos; perda do cônjuge;
- Ambientais: ambientes pouco seguros; viver sozinho(a); distância grande dos familiares; níveis elevados de vandalismo;
- Outros: não ter filhos(as); poucos(as) familiares e/ou amigos; timidez; historial de institucionalização.

2.3 - O ISOLAMENTO SOCIAL E O ENVELHECIMENTO

Portugal depara-se atualmente com uma realidade que, embora comum à maioria dos países europeus, começa a ganhar um impacto social relevante, isto é, baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com aumento significativo do número de idosos no conjunto da população total do país.

Em relação à realidade portuguesa, o estudo “Envelhecimento Português – Desafios Contemporâneos” conclui-se que os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida, entre estes, os homens surgem em posição mais desfavorável.

Conforme os últimos dados da PORDATA (2017) fornecidos pela Base de Dados Portugal Contemporâneo, a população com 65 anos de idade ou mais era de 2.194.957 habitantes correspondendo a 21,3% da população total em Portugal. De acordo com os dados analisados conseguimos compreender que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo dos anos. No ano de 2016 o índice de envelhecimento era de 148,7%, já para ano de 2017 o índice de envelhecimento apresentava um valor de 153,3% (PORDATA, 2019). Pode-se assim verificar, que apenas, num ano o índice de envelhecimento teve um aumento de 4,6%, sendo que o INE define o envelhecimento demográfico como “o aumento da proporção das pessoas idosas na população total” (INE, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente, do género ou estado de saúde. Ainda segundo, a mesma fonte, o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, estando previsto que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento e que 75% desta população vive nos países desenvolvidos (OMS, 2001).

No entanto, o fator cronológico não é o único fator que influencia o processo de envelhecimento (Espadaneira, 2008). O processo de envelhecimento pode ser condicionado por diversos fatores, entre eles: situações de doença, problemas familiares, a reforma, emoções ou vivências, no qual a rejeição desse mesmo processo de envelhecimento pela pessoa idosa pode condicionar o envelhecimento saudável (Castilho, 2010).

Para Berkman et al., (2000), o isolamento social traz consequências sobre a morbilidade, a mortalidade, a longevidade e a esperança de vida, afetando todo o processo de envelhecimento.

Assim sendo importa desenvolver estratégias para colmatar as dificuldades deste grupo de idosos, de forma a promover a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos ao longo do ciclo de vida.

A DGS inclui no seu plano de ação a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas. Segundo a DGS a promoção de um envelhecimento saudável refere-se a múltiplos setores,

(...) que envolvem, nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus (DGS, 2008, p.5).

Deste modo, é essencial criar um modelo multidimensional que preconiza a qualidade de vida e a saúde dos mais idosos; para o sucesso deste modelo, têm que ser integradas questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e autonomia física, psicológica e social, de modo a garantir a integração dos idosos em sociedades seguras, onde podem desenvolver o seu potencial para a promoção do seu próprio bem-estar e qualidade de vida (Ribeiro, 2012).

O idoso necessita assim de conviver com outras pessoas, para atingir um bem-estar biopsicossocial, através das atividades de grupo que possibilitam mudanças positivas no seu bem-estar. A comunicação nos idosos estimula a mente e o pensamento produzindo efeitos benéficos para a saúde e bem-estar do indivíduo e aumentando conseqüentemente a sua qualidade de vida. É, assim fundamental evitar a depressão no idoso praticando uma vida ativa sustentada na interação social usando o entretenimento e a comunicação (Guidetti & Pereira, 2008).

O envelhecimento saudável e ativo apresenta-se como um desafio à sociedade global e que abrange vários sectores; no caso da saúde, mais especificamente nos cuidados de saúde primários, é necessário atuar na implementação e melhoria das estratégias, bem como das intervenções, de forma a garantir a capacidade de criar respostas cada vez mais assertivas e de acordo com as necessidades específicas do idoso isolado (EuroHealthNet, 2012).

2.4 - ISOLAMENTO SOCIAL E A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A World Health Organization (WHO) refere que o isolamento social compromete a saúde, pois está associado ao declínio do bem-estar físico e mental, com conseqüências para a esperança média de vida podendo ocorrer situações de desnutrição, decadência do funcionamento cognitivo, patologias mentais, aumento do risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, depressão e suicídio (WHO, 2014).

O isolamento social é uma situação de falta de relações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no âmbito do trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin & Larsen, 2006).

A população mundial de idosos aumenta constantemente e a solidão afeta a qualidade de vida dos mesmos, a falta de convívio com outras pessoas, bem como a ausência de contacto social interferem de forma negativa nas AVD dos idosos (Litvoc & Brito, 2004).

O isolamento social tem como resultado a diminuição da capacidade funcional, estas interferem nas AVD e na participação social, sendo consideradas fatores de risco relevantes para o aparecimento de quadros depressivos (Netto, 2002). Como sinal de depressão o idoso apresenta

frequentemente desmotivação que está intimamente relacionada com a dependência física, com o isolamento social e a tristeza. (Cabral, 2013).

Segundo Berkman et al., (2000), o isolamento está associado a um risco elevado em 29% de um problema cardíaco e 32% de um AVC. O isolamento social pode ainda provocar carências ou mesmo a falta de tratamentos de saúde ou até, gerar comportamentos de risco, como alimentação deficitária, consumo de álcool exagerado, tabagismo e fraca ou até mesmo, ausência de atividade física.

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social como um dos problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate ao isolamento social, colocando grande enfoque sobre o papel dos cuidados de saúde primários na prevenção deste fenómeno na população idosa (CEPCEP, 2012; WHO, 2014).

Enquanto principais unidades prestadoras de cuidados primários, colocadas na primeira linha de promoção e proteção da saúde, cabe aos centros de saúde implementar e colocar em prática as estratégias delineadas a nível mundial e nacional (Crisp, 2014; Lopes, 2009). É, desta forma, ao enfermeiro dos cuidados de saúde primários que compete desempenhar um papel fulcral na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família e da respetiva comunidade, mais especificamente, na prevenção do isolamento social nos idosos (OE, 2010).

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é centrada na comunidade, este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

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, avaliando o estado de saúde de uma comunidade; Colaborar de forma a capacitar grupos e comunidades; Integrar e coordenar Programas de Saúde de forma a atingir os objetivos determinados pelo Plano Nacional de Saúde; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

No Artigo 3.º do Regulamento n.º 428/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar, traduzem-se: cuidar da família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital consoante os diferentes níveis de prevenção; liderar e colaborar em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é um profissional de saúde com maior acesso às pessoas que estão isoladas socialmente, particularmente as que não saem de casa; esta possibilidade de contacto permite-lhe realizar uma avaliação de cada caso, identificar as necessidades da pessoa e desenvolver planos de cuidados. Assim, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pode desenvolver atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis; influenciar estados emocionais e de saúde mental, como a autoestima, a autoeficácia e a depressão. (Nicholson, 2012).

Dada a elevada complexidade deste fenómeno em análise, uma abordagem multidisciplinar é imprescindível para a identificar e reduzir as necessidades da população idosa. Ideal seria, também, ter uma abordagem preventiva, não apenas reativa perante os casos de isolamento social detetados pelos profissionais de saúde, que normalmente acontece na sequência do aparecimento de vários problemas de saúde.

Nesse sentido, a educação/formação pode desempenhar um papel crucial no sentido de elucidar os profissionais de saúde para identificarem os sinais e sintomas de solidão na população idosa e de identificarem os indivíduos em risco de passarem para uma situação de vulnerabilidade. Seja qual for o nível de formação/educação, todos os profissionais de saúde têm de se manter informados e motivados para todos os progressos, bem como para todas as realidades que possam surgir na sua área de atuação.

As intervenções diretas abrangem ações de formação sobre a saúde dirigidas ao público idoso, aulas de atividade física de baixa intensidade. Está comprovado cientificamente que praticar exercício moderado, particularmente em grupo, reduz os níveis de solidão, depressão e ansiedade (Morgan, 1998). Nesta área, o enfermeiro pode solicitar a colaboração de um terapeuta físico ou profissional de reabilitação, caso exista no centro de saúde onde desenvolve a sua atividade. O enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para apresentar e divulgar informação sobre os benefícios de outros tipos de exercício, como caminhar.

As intervenções indiretas servem para identificar e prevenir o isolamento social, bem como promover e/ou liderar iniciativas comunitárias e deste modo contribuir para a criação de relações e redes sociais dentro da cada comunidade. Neste aspeto, a abordagem holística e multidisciplinar é crucial. O enfermeiro tem que estabelecer ligações profissionais com todas as instituições da comunidade que atuam na área dos idosos: serviços sociais das autarquias, instituições de solidariedade social, bancos de voluntários, associações desportivas, clubes e dinamizadores de atividades de aprendizagem informal, entre outras.

O enfermeiro comunitário pode atuar como elo de ligação de informação, promovendo oportunidades que podem melhorar o estado de saúde da população idosa; graças a sua formação, e ao seu acesso ao conhecimento, pode frequentemente assumir-se como fio condutor na divulgação de novos hábitos e atividades benéficas para a saúde. Um enfermeiro ciente e informado sobre as atividades sociais disponíveis dentro da comunidade, e sobre serviços sociais, pode fazer a diferença na vida de uma pessoa idosa e isolada, encaminhando-a para uma solução existente na própria comunidade.

2.5- PERSPETIVA SISTÉMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN

Com o avanço da ciência de enfermagem é fundamental integrar a prática em si com o modelo conceptual que a suporta, conferindo-lhe um sentido bem fundamentado nas intervenções. O modelo teórico orienta não só os cuidados práticos, mas igualmente os elementos fundamentais na formação dos enfermeiros, “os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem,

assim como as atividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados” (Silva, 2013, p. 31).

Como suporte na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária utilizamos o Modelo Teórico de Betty Neuman pois proporciona uma visão multidimensional dirigida à unidade total, a qual pode ser usada para descrever um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995). O modelo preconizado por Neuman tem um foco holístico no Modelo de Sistemas, sendo a enfermagem considerada um sistema, pois a sua prática contém variáveis em interação. Este modelo de sistemas abertos é composto principalmente por *stressores*, reação aos *stressores* e indivíduo, em interação com o ambiente (Neuman, 1995).

Este modelo apresenta o conceito de pessoa enquanto cliente/sistema de cliente, sendo este o alvo de estudo da população, criando um sistema dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento interpessoal. Compreende-se, portanto, que este é considerado um sistema aberto, em constante mudança e interação recíproca com o ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

No que se refere ao conceito de saúde, esta é considerada por Neuman de natureza dinâmica e sujeita constantemente a alterações. Assim, “o bem-estar (...) indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Tomey & Alligood, 2004, p.340).

Segundo Tomey & Alligood, “os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema” (2004, p. 340). Deste modo, o ambiente é definido como sendo o conjunto de todos os fatores internos e externos que rodeiam e interagem com o sistema da população alvo em estudo.

Este modelo assenta no princípio da reação ao *stress* e nos fatores que envolvem a adaptação ao sistema, permitindo compreender os fatores que desencadeiam a identificação dos *stressores*, e ainda planear a intervenção de enfermagem para a resolução de problemas de forma a restituir o bem-estar (Silva, 2013).

Assim sendo, o sistema cliente alvo em estudo (idosos com idade igual ou superior a 65 anos e que vivem sós no concelho do Entroncamento) é visto como um sistema que pode adaptar-se ao ambiente ou ajustar o ambiente a si mesmo. O ideal é alcançar uma perfeita estabilidade no sistema. Este sistema é representado por uma estrutura básica que inclui fatores comuns como a estrutura genética, a estrutura do ego ou a capacidade cognitiva. O mesmo sistema é apresentado como um estado rodeado por linhas concêntricas que constituem os três mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade do cliente enquanto sistema.

Estas linhas são definidas por Neuman como: a Linha Flexível de Defesa; a Linha Normal de Defesa e as Linhas de Resistência (Neuman, 1995). A linha flexível de defesa (mais externa) previne, em condições ideais, a invasão do sistema por fatores de *stress*, funcionando como uma barreira, mantendo o sistema cliente protegido das primeiras reações a *stressores*. A linha normal de defesa representa o segundo mecanismo de proteção do sistema cliente, que consiste na

interação das variáveis do cliente aos fatores de *stress*. Por último, as linhas de resistência (linhas mais internas), são ativadas involuntariamente, sempre que um fator de *stress* invade a linha normal de defesa, procurando restabelecer o equilíbrio do sistema. Os fenômenos de *stress* podem ultrapassar a linha flexível e/ou normal de defesa e provocar uma sobrecarga no sistema, podendo deste modo, conduzir a resultados positivos ou negativos.

Neuman definiu ainda três níveis de intervenção: a intervenção primária que resulta da percepção do risco e das consequências à exposição a determinados fatores de *stress*; a intervenção secundária, que resulta das alterações que ocorrem entre os recursos internos e externos do cliente, de modo a utilizar as estratégias que têm como objetivo a reconstituição do equilíbrio do sistema e por último; a intervenção terciária que resulta da utilização dos recursos do cliente de forma a prevenir novas reações aos *stressores* ou até mesmo a regressão, com o objetivo de manter o equilíbrio alcançado (Neuman, 1995).

3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

“A fase metodológica diz respeito às etapas no decurso das quais foram tomadas decisões pelo investigador sobre a maneira de responder às questões de investigação ou às hipóteses formuladas na fase conceptual” (Fortin, 1999, p.354). Neste capítulo pretende-se descrever os métodos e procedimentos do qual resultará o diagnóstico dos problemas identificados das pessoas idosas em risco de vulnerabilidade e ou dependência.

Para Imperatori & Giraldes (1993) o Planeamento em Saúde é a utilização racional de recursos com forma a atingir os objetivos definidos, através da estruturação dos vários sectores socioeconómicos e estabelecendo prioridades nos problemas de saúde, por forma a reduzi-los.

Para Tavares (1990), planejar em saúde é:

Um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as soluções ótimas entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previstos no futuro (Tavares, 1990, p.29)

O planeamento em saúde não se reduz apenas aos serviços de saúde, pretende também abranger outros sectores (económicos e sociais), sectores esses, que condicionam a saúde da população. O planeamento em saúde deve ser reconhecido como um processo contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária antes de efetuar qualquer intervenção/programa de promoção para a saúde, deverá compreender de forma holística o indivíduo/família/comunidade em que se pretende intervir. Com base na metodologia do planeamento em saúde é avaliado o estado de saúde de uma comunidade. Assim o planeamento em saúde é definido por Imperatori & Giraldes (1993, p. 21), como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos”.

De acordo com o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, no artigo 4º as competências específicas são: a) estabelecer com base no planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) integrar a coordenação de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS); d) realizar e cooperar na vigilância e epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2011b:8667).

Relativamente ao planeamento em saúde, este deve ser realizado em diferentes etapas: elaboração de diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecer prioridades em saúde, formular objetivos, delinear estratégias, criar projetos, estabelecer programas de intervenção e avaliar programas e projetos de intervenção com o propósito de resolver os problemas identificados (OE, 2011b).

É deste modo, que a metodologia do planeamento em saúde é traçada por Imperatori e Giraldes (1993) e por Tavares (1990) e como base nos documentos da OE e dos autores anteriormente referidos que se desenvolve este projeto. O diagnóstico de situação deste projeto permite a avaliação das necessidades de saúde da comunidade.

3.1- DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação, sendo a primeira etapa do planeamento em saúde, exige conhecer uma condição de saúde, entendido como deficiente pelo próprio, os profissionais de saúde ou a coletividade, e determinar a necessidade para o resolver (Tavares, 1990). Este diagnóstico deverá corresponder às necessidades de saúde da população de acordo com as suas prioridades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Por este motivo torna-se necessário a realização deste projeto e que o mesmo seja capaz de refletir todo o percurso, sempre com base nos problemas de saúde identificados, no sentido de integrar projetos e programas de intervenção. Ambos têm de ser elaborados de forma a promover a capacitação comunitária com o propósito de atingir as competências específicas na construção de um contributo para a UCCE e para a comunidade envolvente.

Para ter um conhecimento preciso da situação de saúde da comunidade e dos respetivos fatores que a condicionam é necessário elaborar um diagnóstico de saúde da comunidade. Segundo Martinez (2007) este constitui a primeira etapa do planeamento em saúde, através da resolução dos problemas e necessidades da comunidade. Com o diagnóstico realizado neste projeto foi desenvolvida uma das competências do enfermeiro especialista, a qual considero ser a mais adequada a esta etapa: G1.1 “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2018).

Para este trabalho e tendo em conta que foi possível manter o campo do estágio I, realizado anteriormente na UCCE, foi também possível a utilização do diagnóstico de situação anteriormente elaborado. De salvaguardar ainda, que este assunto foi discutido com a Enf.^a cooperante e com a professora orientadora.

Relativamente à caracterização da comunidade, é de salientar que dos 3.970 idosos residentes no Entroncamento, 20 são pessoas que se encontram sinalizadas no projeto “Pessoas/famílias em risco, vulnerabilidade e/ou dependência que vivem sós” constituindo deste modo, um grupo populacional. Este grupo populacional é o sistema cliente encontrado para a realização deste estudo.

O sistema cliente é constituído por quatro variáveis, que são: de desenvolvimento (idosos com 65 ou mais anos encontrando-se na fase do ciclo vital na idade idoso adulto e idoso-idoso); psicológica (a saúde mental foi avaliada como boa; os idosos encontram-se orientados no tempo e no espaço); socioculturais (na maioria, os idosos encontram-se isolados da comunidade e não frequentam atividades recreativas); biológicas (os idosos apresentam uma mobilidade comprometida e uma não adesão ao exercício físico).

A pessoa enquanto sistema cliente, segundo o modelo teórico de Betty Neuman, pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social e tem uma relação recíproca com o ambiente, uma vez que ele interage com o ambiente adaptando-se ou adaptando-o a si mesmo.

De acordo com Polit & Hungler (1995), a população é o conjunto de casos que consideram alguns critérios, cabendo ao investigador estabelecer os critérios de elegibilidade, de forma a determinar se uma pessoa é classificada ou não como membro da população em discussão. Segundo Fortin (1999), uma população particular que é submetida a um estudo é definida como população alvo.

No seguimento do estudo, procedeu-se naturalmente à seleção do método de colheita de dados e posterior recolha. Selecionou-se uma amostra intencional pois, “os participantes são escolhidos por terem uma ou mais características específicas” (Lakatos & Marconi, 2010, p.47), um grupo de 20 pessoas que vivem sós no concelho do Entroncamento. Todos estão inseridos no projeto “Pessoas/Famílias com critério de risco, vulnerabilidade e/ ou dependência que vivem sós”, tendo em conta a listagem fornecida pela Enf.^a coordenadora deste projeto. Esta amostra tem como critérios de inclusão: pessoas inseridas no projeto com idade igual ou superior a 65 anos e que vivam sós.

A intervenção comunitária desenvolvida no ensino clínico teve presente o diagnóstico anteriormente realizado no mesmo local de estágio, a UCCE. Numa fase inicial, já realizada no Estágio I, foi utilizado como método de recolha de dados para a caracterização da população alvo, recorrendo a uma entrevista semiestruturada à informante-chave, a Enf.^a responsável pelo projeto “Pessoas/famílias em risco, vulnerabilidade e/ou dependência que vivem sós”.

De forma a conhecer, caracterizar e identificar as necessidades da população alvo em estudo, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional dos idosos que vivem sós no concelho do Entroncamento, foi realizado um diagnóstico de situação recorrendo a uma observação direta e intensiva (Lakatos & Marconi, 2003). Como recurso foi utilizado o questionário já validado para Portugal por Rodrigues (2008) chamado como Questionário OARS – *Older Americans Resources and Services Program* (Anexo II) versão portuguesa, após a sua prévia autorização (Anexo III), para o efeito. Este questionário avalia a capacidade funcional multidimensional, a utilização e a necessidade sentida de serviços, bem como fornece dados para o planeamento de intervenção através de seis dimensões.

Este inicia-se pela caracterização sociodemográfica e pelo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), composto por 10 questões, que avaliam as funções cognitivas, de forma a

perceber se o idoso tem capacidades para responder ao questionário ou se é necessário recorrer a um informante.

Este questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI) subdivide-se em duas partes. A primeira avalia a funcionalidade nas dimensões de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e AVD. A segunda parte diz respeito à recolha de informação sobre a utilização de serviços de saúde nos últimos seis meses, avaliação, coordenação, apoio geral, apoio económico, sociais, recreativos, e não classificados perfazendo deste modo, um total de 23 serviços.

Ao aplicar o questionário aos idosos foi necessário garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados facultados. Os utentes foram ainda, informados sobre os objetivos do trabalho tendo assinado um Consentimento Livre e Informado (Anexo IV). De forma a garantir, o uso do direito de liberdade e intimidade foi assegurado o direito do idoso a recusar ou interromper a sua participação, no estudo, a qualquer momento. Na recolha de dados foi também garantida a privacidade e o sigilo de cada indivíduo bem como, a codificação da análise de conteúdo da entrevista realizada de acordo com Bardin (2011), salvaguardando sempre a confidencialidade e o anonimato do participante.

Após o pedido de autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém (Anexo V), foi aplicado o questionário aos idosos, após um parecer favorável (Anexo VI) da mesma.

Após aplicação do questionário procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados obtidos através programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 25) do Windows.

Para aplicação do QAFMI, o primeiro contacto foi realizado telefonicamente pela Enf.^a cooperante da UCCE, para agendar a visita dos idosos e preenchimento do mesmo. Houve a necessidade da deslocação aos domicílios, com a Enf.^a cooperante, uma vez que mais de 50% desta população não atendeu o telefone. A fase da recolha de dados decorreu de 16 a 22 de janeiro de 2019 e o preenchimento de cada questionário durou em média 45 a 50 minutos.

Das 20 pessoas inseridas no projeto, apenas foi possível aplicar o questionário a 16 idosos (11 do sexo feminino e cinco do sexo masculino), uma vez que três mudaram de residência (fora do concelho) e uma recusou. Este questionário foi preenchido pelos entrevistadores com base nas respostas de cada idoso. De salvar ainda, que a assinatura do consentimento livre informado (Anexo IV) foi efetuada utilizando a impressão digital de dois idosos, devido ao analfabetismo que estes apresentavam. Para uma idosa invisuál e a residir sozinha, apenas com o apoio da Santa Casa da Misericórdia, foi necessário o pedido de autorização ao filho, bem como, a assinatura do consentimento do mesmo.

Finalmente, na fase de análise e tratamento de dados, foi utilizado um estudo estatístico e para a esquematização dos dados foi elaborado pelo processamento informático dos mesmos. Foram, para isso utilizados os programas: Microsoft Excel para o estudo estatístico e Microsoft Word para o processamento do texto. A análise estatística descritiva foi realizada, utilizando para isso, o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® versão 25) do Windows.

A amostra é composta por 16 idosos, dos quais 68,8% são mulheres e 31,3% são homens, em que 0,6% tem mais 75 anos (Anexo VII) e destes, 62,5% são viúvos com idades compreendidas entre 75 e os 84 anos. Todos os idosos desta amostra vivem sozinhos.

Após a análise e tratamento dos dados obtidos foi possível identificar os problemas de saúde da comunidade e apresentá-los na forma de diagnóstico de saúde comunitária segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão de 2011.

3.1.1 - Diagnóstico de Enfermagem Comunitária segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman

Tendo como base os diagnósticos encontrados, foi realizada a análise segundo o Modelo de sistemas de Betty Neuman. Este centra-se na teoria geral dos sistemas e demonstra a natureza os organismos vivos, enquanto sistemas abertos em constante interação com *stressores* ambientais (Tomey & Alligood, 2004). O sistema cliente apresentado define-se como um grupo populacional, para este estudo em concreto é definido como idosos que vivem sós. Este grupo é um composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Segundo Tomey & Alligood (2004), este sistema é aberto pois está em constante mudança e em constante interação com o meio envolvente.

Este modelo caracteriza-se por um núcleo central na comunidade e os seus subsistemas, nomeadamente as linhas de defesa (nível de saúde que a comunidade alcança ao longo do tempo, resultando da resposta aos *stressores*), as linhas de resistência (mecanismos internos que agem em defesa dos *stressores*), os *stressores* (são produtores de tensão que causam desequilíbrio no sistema; podendo ser divididos em três: intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) e por último, o grau de reação (desequilíbrio que advém do impacto dos *stressores* nas linhas de defesa da comunidade, sendo esta a representação do diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman, adaptado a este estudo (Figura 1).

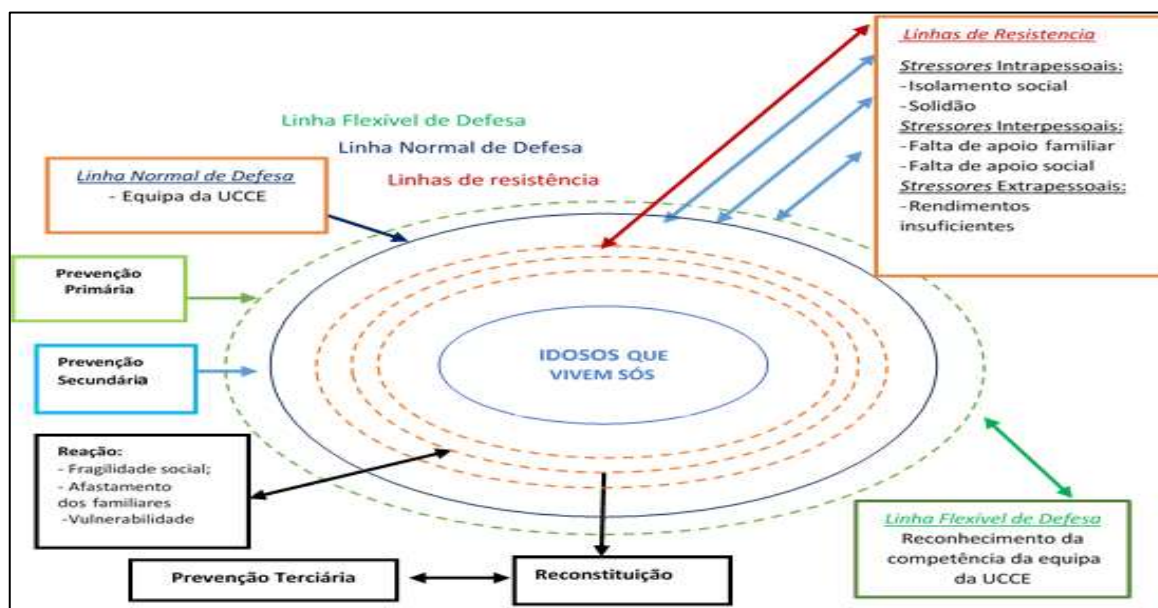


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Sistemas de Neuman, adaptado a este estudo

Esta instabilidade acontece no isolamento social do *stressor* intrapessoal. Por sua vez, os *stressores* interpessoais, extrapessoais e a diminuição da capacidade para as AVD nos *stressores* intrapessoais encontram-se na linha de defesa normal, pois caso seja necessário estes idosos são apoiados.

3.2- DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES E FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A segunda fase do planeamento da saúde é a seleção de prioridades (Imperatori & Giraldes, 1986). Para que seja possível priorizar os problemas identificados é necessário realizar uma comparação entre os mesmos. Para Imperatori & Giraldes (1986), essa comparação poderá relacionar-se com a natureza do problema de saúde em si e com a sua natureza de abstração, significando que os problemas devem pertencer à mesma categoria para serem comparados e consequentemente hierarquizados.

De forma a dar prioridades às necessidades da nossa população foi necessário recorrer à utilização de critérios para hierarquizar os problemas de saúde detetados. Segundo Tavares (1990, p. 101) “determinar prioridades não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico da situação; muito menos que nunca haverá um projeto para a segunda ou terceira prioridade. Esta é uma questão de disponibilidade de recursos humanos, físicos e/ou financeiros”.

Imperatori & Giraldes (1993) sugerem três critérios para a definição de prioridades: magnitude em que constitui na determinação e caracterização do problema pela sua dimensão; a transcendência social que consiste na ponderação dos grupos etários, a consideração de possibilidades de prevenção; a vulnerabilidade que constitui a possibilidade de evitar uma doença apoiando-se na tecnologia e nos recursos existentes dessa mesma área.

Deste modo, priorizaram-se os diagnósticos de enfermagem tendo em conta os critérios de transcendência social e vulnerabilidade que podemos observar nos respetivos gráficos (Anexo VIII).

Através da realização do diagnóstico de saúde da comunidade é possível quantificar objetivamente a magnitude, transcendência (Solidão) e vulnerabilidade (Isolamento Social) dos *stressores*, podendo utilizar igualmente os critérios de vulnerabilidade e transcendência.

A validação do diagnóstico, com a comunidade da UCCE, permite identificar os *stressores* considerados de maior importância, para este caso em concreto, a vulnerabilidade e a transcendência. Relativamente à validação dos resultados do QAFMI, aplicado a esta amostra a questão: “Quem vive consigo na sua casa?” a totalidade dos idosos respondeu que vive sozinho obtendo assim o diagnóstico Isolamento Social em grau elevado, como uma questão prioritária. No que concerne à questão “Sente-se sozinho?”, 43,8% afirmam “muitas vezes/sempre” sendo diagnosticada uma Solidão em grau moderado. Assim, foram obtidos dois diagnósticos de saúde: isolamento social em grau elevado (100%); solidão em grau moderado (43,8%).

Para a definição de prioridades para este projeto foi desenvolvida a competência do Enfermeiro Especialista: G1.2- “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2018).

Depois da identificação e hierarquização dos problemas segue-se a etapa da fixação de objetivos. Esta etapa relaciona os objetivos aos resultados desejáveis para a população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1990). Esta etapa alia ainda, os conhecimentos adquiridos e os setores envolventes para as intervenções de saúde. Deste modo, são estabelecidos objetivos que conduzam à resolução dos mesmos (Imperatori & Giraldes, 1986).

Um dos problemas prioritários selecionado foi o isolamento social, sem esquecer a solidão em grau moderado.

Como objetivo geral foi estabelecido, promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida, de forma a diminuir o isolamento social e a solidão nas pessoas idosas e utentes da UCCE, que voluntariamente aceitaram participar neste projeto de intervenção.

Foram também, delineados como objetivos específicos: promover a interação social, informar sobre o isolamento social, informar sobre a solidão e informar sobre os recursos comunitários existentes no concelho do Entroncamento.

Os objetivos operacionais foram definidos delineados forma: aumentar os conhecimentos das participantes; relativamente ao isolamento social, solidão e recursos comunitários existentes no concelho do Entroncamento; promover e estimular o interesse e a continuidade da interação social.

Além da definição de objetivos foi importante a seleção de indicadores, para tornar possível a avaliação. Os indicadores podem ser de impacto/resultado, bem como de execução/atividade. Os indicadores de impacto servem para medir as alterações verificadas num problema de saúde, enquanto, os indicadores de execução pretendem medir a atividade desenvolvida, para atingir um ou mais indicadores de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores podem ser avaliados de forma quantitativa e para isso são estabelecidas metas. Estas definem-se por um resultado desejável e tecnicamente possível das atividades dos serviços de saúde, expressos em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.3- SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção pretendem reduzir os problemas de saúde prioritários identificados para alcançar os objetivos fixados (Imperatori & Giraldes, 1986).

De acordo com os resultados obtidos, as estratégias de intervenção de enfermagem comunitária devem atuar a um nível de prevenção primária, uma vez que Almeida (2005) considera que a prevenção visa evitar ou remover a exposição a um fator de risco ou causal prévio à patologia.

A seleção das estratégias deve ser feita com base nas características da população em estudo e com base nos objetivos traçados. Devem ainda ser tidos em conta os recursos humanos, os recursos materiais, o tempo de aplicação e as condições climatéricas durante a sua realização.

Tal como é refirmado na “Carta de Ottawa” é importante a promoção da saúde tendo em vista os aspetos sociais de cada indivíduo, caracterizando-se num processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Esta faz ainda referência a um conjunto de estratégias de promoção para a educação para a saúde.

Neste sentido, a estratégia foi aplicada em três sessões de educação para a saúde. Sessão: “Isolamento Social nos idosos”; Sessão: “Solidão nos idosos”; Sessão: “Recursos da Comunitários - População Adulta/Idosa”, que posteriormente serão apresentadas em detalhe.

Neste contexto foi ainda organizada uma atividade de grupo com os idosos (caminhada) de forma a proporcionar uma partilha de experiências de vida e convívio entre o grupo, promovendo as relações interpessoais.

Deste conjunto de estratégias, foi dado um enfoque particular sobre o reforço da ação comunitária, o *empowerment*, que consiste na implementação de ações e recursos existentes na comunidade, de forma a desenvolver a capacitação do indivíduo como responsável pela sua própria saúde. A capacitação consiste em que cada indivíduo intensifique e desenvolva as suas aptidões para o seu próprio desenvolvimento pessoal. Este pode ser conseguido através da divulgação de informação, realização de sessões de educação para a saúde, ou mesmo qualquer outro estímulo que promova aquisição de conhecimentos para a alteração do comportamento de cada indivíduo (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny & Monticelli, 2006).

Tendo em consideração os autores anteriormente mencionados, foram selecionadas as respetivas estratégias de intervenção, consideradas fundamentais e relevantes para a execução deste projeto.

Inicialmente, realizou-se uma reunião através de sessão pública aos parceiros locais, para dar conhecimento dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado. Outra das estratégias selecionadas na nossa intervenção foi a divulgação, quer a nível dos órgãos de comunicação locais (divulgação de um artigo na rádio e um artigo de informação e sensibilização: “Isolamento social e solidão nos idosos” publicado no jornal online) quer a nível de distribuição de *posters* e folhetos alusivos aos temas abordados, para cada uma das sessões a decorrer ao longo do estágio.

É fundamental referir, que o recurso à prática baseada na evidência científica, através da *Scoping Review*, foi uma estratégia fundamental para a definição das atividades a realizar, favorecendo a implementação do projeto de intervenção comunitária.

Para a seleção das estratégias foi ainda desenvolvida uma das competências do enfermeiro especialista: G1.3 - “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (RCEEEECSP, 2018).

A abordagem multidisciplinar foi essencial para compreender como os problemas, definidos como, prioritários foram de encontro aos resultados dos diagnósticos de saúde cruzando diferentes âmbitos da área da saúde.

3.3.1 - Scoping Review

Para uma fundamentação das intervenções realizadas neste projeto, procedeu-se à pesquisa da melhor evidência científica (prática baseada na evidência), utilizando, para isso a *Scoping Review*.

A *Scoping Review* é um protocolo de pesquisa usado em investigação e que utiliza a literatura como fonte de dados para obter uma síntese de evidências, sobre determinado tema, usando para tal “uma estratégia de intervenção específica com métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada” (Sampaio & Mancini, 2007, p.84).

A *Scoping Review*, também designada “síntese da ciência” suporta-se num protocolo que contém os objetivos, os critérios de elegibilidade dos estudos, a metodologia utilizada, a análise e conclusões de estudos incluídos (Amendoeira, 2016).

Para a *Scoping Review* (Anexo IX) foi construído um mapa conceitual que se encontra em anexo no respetivo protocolo (Anexo IX), do qual fizeram parte os conceitos: Isolamento Social, Enfermagem e Idosos, que orientaram toda a construção do protocolo de pesquisa.

O enquadramento teórico da *scoping review* permitiu sustentar a pesquisa sobre o tema do isolamento social, conduzindo à formulação da questão: **“Quais as intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos?”**

Com base na questão formulada foram definidas as palavras-chave: Isolamento Social, Enfermagem e Idosos. Todas as palavras foram validadas enquanto descritores na plataforma Mesh Browser: *Nurs**; *Social Isolation*; *Aging*, validadas no MeSH Browser 2019, no dia 03/04/2019 às 15h.

Tendo por base a questão enunciada, de acordo com metodologia, foi elaborado um protocolo de pesquisa onde se definiram critérios de inclusão. Foi ainda, necessário utilizar um friso cronológico de cinco anos, de junho de 2014 a abril de 2019, sustentado na procura de evidência científica recente e que desse resposta à questão. Foram definidos limitadores específicos, de acordo com as várias bases de dados utilizadas nesta pesquisa, apresentados no quadro (Anexo X).

Em todas as bases de dados utilizadas, ao longo do processo de pesquisa, foram considerados critérios de inclusão e exclusão nas 4 dimensões que se seguem: Participantes: Idosos com idade igual ou superior a 65 anos; Conceitos: Isolamento Social, Idoso e Intervenções de Enfermagem; Contexto: comunitário; Tipos de Estudos: Quantitativo, Qualitativos e Mistos.

A Expressão de pesquisa utilizada foi: *Nurs*and Social Isolation and Aging*. As várias pesquisas para esta *Scoping Review* foram realizadas no dia 15/04/19. Os limitadores usados em cada base de dados, assim como os resultados do cruzamento dos descritores constam na “*Search Strategy*”, que se encontra em anexo no respetivo protocolo (Anexo IX).

A estratégia de pesquisa para a identificação dos artigos mais relevantes foi constituída por quatro fases. Na primeira fase realizou-se a pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL, NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION, MEDLINE e MEDICLATINA via EBSCO, PROQUEST e PUBMED, nas quais foram identificados artigos potencialmente relevantes que foram incluídos neste trabalho sempre que se verificaram determinados critérios de seleção.

No Prisma 2009 Flow Diagram da *scoping review*, que se encontra como anexo no respetivo protocolo (Anexo IX), está esquematizado o processo de seleção dos estudos incluídos na *Scoping Review*, de onde resultou a seleção de um artigo que se enquadra na temática em análise, assim como nos critérios de inclusão definidos em protocolo. O Artigo selecionado, *Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model*, presente no protocolo (Anexo IX) dos autores Adi Vitman Schorr e Rabia Khalaila, Israelitas, foi publicado no ano de 2018 e o seu título traduzido em português é: “*Envelhecimento e qualidade de vida entre os idosos na Europa: um modelo moderado de mediação*”.

O artigo selecionado inclui um padrão positivista apresentando uma abordagem de investigação quantitativa. Esta avaliação pode ser consultada no *Data Extraction Instrument* do presente protocolo (Anexo IX).

A sua leitura e análise alerta para o risco elevado da ausência de qualidade de vida nos idosos que vivem sós, risco que pode ainda ser agravado com um menor acesso aos serviços, maior incapacidade funcional e elevados graus de solidão e de isolamento. Este estudo sugere ainda, que em futuras pesquisas, as intervenções para reduzir a solidão, o isolamento social e garantir uma melhor qualidade de vida dos idosos, deve ter em conta outros fatores de estudo, tais como o estado civil e a incapacidade funcional dos idosos (Schorr & Khalaila, 2018).

O isolamento social compromete a saúde, estando associado ao declínio do bem-estar físico e mental, com consequências na esperança de vida. Como resultado deste declínio, pode surgir desnutrição, diminuição do funcionamento cognitivo, patologias mentais, aumento do risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, depressão e suicídio (WHO, 2014).

Este artigo refere que os idosos com uma ligação elevada ao ambiente onde estão inseridos, que gostam do local onde residem e do meio envolvente, que os encoraja a sair de casa, sentindo-se integrados socialmente, altamente familiarizados com o ambiente físico fazendo parte integrante da sociedade onde estão inseridos. A ligação destas relações multifacetadas origina o desenvolvimento de uma qualidade de vida elevada nos idosos tal como é referido por Schorr & Khalaila (2018).

Após análise do artigo sobre o papel fundamental das características ambientais na avaliação da qualidade de vida dos idosos na Europa, concluiu-se que indivíduo tem a oportunidade de envelhecer, podendo sentir-se como parte integrante do local que sempre foi o seu ambiente familiar, tendo ainda a vantagem de se sentir ativo.

Os políticos, legisladores, prestadores de serviços, bem como enfermeiros devem estar atentos e informados sobre estes dois grupos de risco (idosos incapacitados e idosos que vivem sós) para criarem planos de intervenção adequados e acessíveis para os idosos, quer sejam estes dependentes ou não, residentes no seu ambiente social e familiar.

Os resultados deste estudo sugerem a criação de cooperações multidisciplinares entre geógrafos, arquitetos, enfermeiros e sociólogos, de forma a articularem os mecanismos complexos que estão ligados à acessibilidade e a uma melhor qualidade de vida nos idosos.

3.4- ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Depois de realizado o planeamento em saúde, consubstanciado na análise da evidência científica, segue-se a elaboração dos programas ou projetos de forma adequada e que correspondam às necessidades a colmatar. Para Imperatori & Giraldes (1993), esta é a etapa de um estudo pormenorizado das atividades indispensáveis à execução parcial ou total, das estratégias, de forma a alcançar um ou mais objetivos, anteriormente traçados. Por esse motivo é fundamental a distinção entre o conceito de programa e o conceito de projeto.

Para uma melhor elaboração de programas e projetos é necessário ter presente a definição desses mesmos conceitos. Imperatori & Giraldes (1993, p.129) definem: Programa como um “conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia”, que obrigam à utilização de recursos humanos, materiais e financeiros, geridos por um mesmo organismo; Projeto “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”.

De acordo com Tavares (1990, p.167), se o projeto não estiver inserido num contexto mais alargado de um plano ou programa, esse mesmo projeto “encerra em si toda a globalidade do Processo de planeamento e não é pela ausência de uma hierarquização neste processo que um projeto deve deixar de ser elaborado”.

Este projeto encontra suporte nas linhas orientadoras do Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas e o Plano Nacional de Saúde 2004/2010.

A execução deste projeto é descrita de forma sucinta no plano de atividades do projeto de estágio (Anexo I). No decorrer da elaboração de programas e projetos é desenvolvida a seguinte competência do Enfermeiro Especialista: G1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (RCEEEECSP, 2018).

3.4.1 - Projeto de Intervenção Comunitário: “*Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida*”

O projeto de intervenção comunitária “*Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida*”, pretende diminuir o isolamento social e solidão, com base em estratégias de intervenção, assentes na proximidade entre os indivíduos visados e os profissionais que trabalham no UCCE de modo, a promover e assegurar o acesso a iniciativas e atividades benéficas para a saúde.

Uma estratégia utilizada na intervenção comunitária é o recurso a parcerias locais, indo ao encontro de PORTUGAL (2012), que defende o desenvolvimento de atividades de formação, intervenção e colaboração intersectoriais a nível local, regional e nacional, com o intuito de criar sinergias, continuidade de ação e interligação entre profissionais e instituições, com vista a dar resposta às necessidades de saúde.

O PNS 2012-2016 contém objetivos para o sistema de saúde relacionados com a promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo da vida, destacando para o envelhecimento ativo as seguintes áreas de intervenção a considerar:

Gestão da doença crónica e patologia múltipla; determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; sexualidade segura; promoção da atividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; promoção da autonomia; combate à exclusão/isolamento social. (PORTUGAL, 2012, p.16).

De modo a garantir a prevenção da saúde e promoção da saúde é preciso implementar programas educacionais que fortalecem a capacitação da pessoa, família e da comunidade. A mudança é um processo difícil, demorado, que requer investimento não só no sentido de transmitir dados técnicos (o que mudar, porquê mudar), mas também estratégias de transição, adaptação e adoção de novos e melhores hábitos. Qualquer pessoa precisa de um “arsenal” de ferramentas para facilitar a mudança e o idoso não é diferente.

O presente projeto pretende, deste modo, resolver as prioridades de saúde identificadas, com enfoque especial na questão do isolamento social, melhorar a atuação dos enfermeiros no sentido de prevenir e reduzir o impacto negativo inerente ao estado de isolamento social. O desenvolvimento de competências através de ações de formação, treinamentos e partilhas é outro objetivo deste projeto.

3.5- PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A etapa de preparação das intervenções tem início na elaboração do plano operacional das atividades a implementar, que se encontra no projeto de estágio (Anexo I), este compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação.

Segue-se a descrição das várias atividades realizadas no decorrer do estágio de intervenção comunitária no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Enfermagem Comunitária.

Após a validação das estratégias de intervenção pela Enf.^a Cooperante, iniciou-se a divulgação do projeto aos parceiros locais, sobre os principais problemas de saúde e recursos comunitários dos idosos do concelho do Entroncamento, de acordo com o plano de sessão (Anexo XI). A reunião decorreu no dia 18.03.19 às 14 horas na biblioteca da UCCE através de sessão pública com os parceiros locais. Para a apresentação dos resultados obtidos, no diagnóstico de saúde realizado à população, foi utilizado o método expositivo por PowerPoint (Anexo XI). Estiveram presentes dez representantes de cada um dos parceiros – Câmara Municipal do Entroncamento, Polícia da Segurança Pública (PSP), Enfermeiros da UCCE, Junta Freguesia São João Baptista, Junta Freguesia Nossa Senhora de Fátima, Lar Santa Casa da Misericórdia, Lar Fernando Eiró Gomes, Associação dos Lares Ferroviários, Centro de Convívio da 3^a Idade e Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento. Esta reunião foi fundamental para transmitir os resultados aos

parceiros, de forma a dar a conhecer e validar os diagnósticos de saúde daquela população. Estes mostraram-se bastante recetivos e até disponíveis em colaborar, caso existissem algumas necessidades, no desenvolvimento e na realização das nossas atividades. Este projeto teve sempre como objetivo mobilizar todos os parceiros para todas as atividades a desenvolver, apelando à participação de todos ativamente em prol da população do nosso projeto.

Foi elaborado e divulgado um *poster* alusivo à temática “Isolamento Social e Solidão” (Anexo XII), após a validação da Enf.^a cooperante, o qual foi exposto na UCCE, no Centro Cultural do Entroncamento e no Centro de Convívio da 3^a Idade do Entroncamento, de forma a uma maior divulgação do projeto junto da população idosa do concelho do Entroncamento.

Foi elaborado um artigo informativo (Anexo XIII) para divulgar o evento da caminhada “Venha Caminhar Connosco” do Programa Reviver na rádio Voz do Entroncamento, através do projeto Espaço Saúde inserido na UCCE. Houve assim a possibilidade de divulgar este evento (durante 4 dias), relacionado com o Dia Mundial da Saúde, de uma forma mais alargada junto da comunidade. O objetivo desta parceria consiste em divulgar e informar sobre temas de saúde junto da comunidade.

Neste projeto, foi ainda elaborado um artigo sobre a temática abordada neste estudo com o título: “Dê mais vida aos seus anos!” (Anexo XIV). Depois do artigo ter sido aferido pela Professora e pela Enf.^a Cooperante, foi publicado no dia 8 de maio de 2019 no jornal Online do Entroncamento (Anexo XIV).

No decorrer deste projeto foram realizadas quatro sessões de formação: “Venha Caminhar Connosco – Programa REVIVER” (08/04/2019); Isolamento Social nas Pessoas idosas (08/05/2019); Solidão nas Pessoas Idosas (22/05/2019) e Recurso comunitários – População Adulta/Idosas (28/05/2019).

Em cada sessão foi aplicado um questionário de forma a ser possível caracterizar os participantes (Anexo XV). Construiu-se também uma ficha de avaliação inicial e final de conhecimentos (Anexo XV) que foram elaboradas e preenchidas no início e no final para cada uma das sessões de formação, de forma a avaliar os conhecimentos dos idosos antes e após a participação em cada sessão. Foi também, realizado um questionário de avaliação final do formador (Anexo XV) de modo a obter uma avaliação global da sessão e conseguir conhecer o grau de satisfação dos idosos.

De salvaguardar que, para a elaboração de cada sessão de formação foram sempre levadas em conta as características do grupo alvo, neste caso a idade e o nível de escolaridade. Todas as sessões de formação foram preparadas em suporte de PowerPoint, recorrendo a uma linguagem simples, imagens ilustrativas das temáticas abordadas. Com o objetivo de enriquecer e dinamizar cada uma das sessões, foram convidados profissionais da UCCE e a assistente social do Centro Convívio da 3^a Idade do Entroncamento.

Todos os planos de sessão, questionários, fichas de avaliação de conhecimentos, apresentações das sessões, folhetos informativos e os questionários finais de cada sessão foram validados pela Enf.^a Cooperante e pela Professora.

Na preparação das intervenções foi desenvolvida a seguinte competência do enfermeiro especialista: G1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (RCEEEECSP, 2018)

Já no decorrer da fase de execução, foram colocadas em prática todas as atividades delineadas de forma a atingir os objetivos anteriormente definidos. Todas as sessões de formação decorreram no Centro de Convívio da 3ª Idade do Entroncamento, no Centro Cultural do Entroncamento e Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento entre as 14 horas 30 minutos e 15 horas 30 minutos.

Todos os indivíduos para quem eram dirigidas as sessões, foram contactados de forma a lembrar e motivar a participação dos mesmos e desta forma conseguir atingir uma maior adesão dos idosos no decorrer do estágio.

A primeira sessão teve como tema” Venha Caminhar Connosco – Programa Reviver” e surgiu associada à Comemoração do Dia Mundial de Saúde desenvolvida pela UCCE. Foi realizada no dia 8 de abril pelas 14 horas 30 minutos no Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento, de acordo com o plano de sessão (Anexo XVI). A realização desta caminhada no pavilhão foi imposta pelas condições meteorológicas adversas à prática de atividades ao ar livre. Estiveram presentes enfermeiros da UCCE, um professor de Educação Física, representantes dos lares, um assistente social do Centro de convívio da 3ª Idade do Entroncamento, a Presidente, a Vereadora e uma assistente social da Câmara Municipal do Entroncamento. Estiveram presentes 48 idosos dos quais cinco (um homem e quatro mulheres) faziam parte do projeto. Iniciou-se a respetiva apresentação e fez-se uma breve introdução sobre a atividade física, o isolamento social e a solidão de acordo com o guião de apresentação (Anexo XVI). Foram dados a conhecer os contributos que a atividade física traz à saúde e de que forma pode influenciar a qualidade de vida de todos. Iniciou-se a caminhada com os respetivos exercícios físicos com orientação do professor Educação Física. No final da sessão houve o preenchimento de um instrumento de avaliação (Anexo XV) pelos cinco idosos pertencentes do projeto. Foi também entregue um folheto (Anexo XVI), no final da sessão, aos idosos presentes na caminhada, alusivo à temática da mesma. No final desta sessão foi evidente a satisfação de todos os idosos, os quais se mostraram bastante recetivos e participativos, quer nas atividades realizadas, quer nos conteúdos abordados.

A segunda sessão teve como tema” Isolamento Social nas Pessoas Idosas” e foi realizada no dia 8 de maio às 14 horas 30 minutos, no Centro de Convívio da 3ª Idade do Entroncamento, de acordo com o plano de sessão (Anexo XVII). Um dia antes da sessão foi afixado um *poster* de divulgação (Anexo XVII) de forma a informar o tema da sessão. Estiveram presentes 40 idosos dos quais sete (um homem e seis mulheres) pertenciam ao nosso projeto.

Nessa sessão utilizou-se o método expositivo com o recurso à apresentação por PowerPoint (Anexo XVII). Antes de dar início à sessão, os idosos pertencentes ao projeto preencheram uma ficha de avaliação inicial de conhecimentos, assim como no final da sessão (Anexo XV), de forma a avaliar os conhecimentos iniciais e finais, relativamente ao tema da sessão. Foi entregue um folheto

(Anexo XVII) a cada idoso, referente ao tema abordado, bem como um íman (Anexo XVII) com uma frase sobre o tema.

No final da sessão, foi ainda solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação final (Anexo XV) de modo, a avaliar o desempenho do formador. No final da sessão, tendo em conta as conversas entre os idosos, verificou-se a satisfação dos mesmos em terem participado na sessão e de terem sido capazes de apreender novos conceitos sobre o tema desenvolvido. De um modo geral, todos os idosos demonstraram uma grande disponibilidade para iniciativas semelhantes.

A terceira sessão com o tema, "Solidão nas Pessoas Idosas" foi realizada no dia 22 de maio às 14 horas e 30 minutos, no Centro Cultural do Entroncamento e decorreu de acordo com o plano de sessão (Anexo XVIII). O local escolhido para a realização da sessão teve o convite por parte da Câmara Municipal do Entroncamento, não só pelo interesse que tinha no tema abordado, mas também, por considerar oportuna a coincidência desse dia ser o Dia Mundial do Idoso. Para esta sessão foi afixado um *poster* da festa da flor (Anexo XVIII) com uma semana de antecedência de forma a divulgar a sessão à comunidade, bem como os temas abordados na mesma. Estiveram presentes nesta sessão 68 idosos dos quais nove (três homens e seis mulheres) faziam parte do projeto. Também estiveram presentes os enfermeiros da UCCE, uma professora de yoga, representantes dos lares, uma assistente social do Centro de convívio da 3ª Idade do Entroncamento, uma assistente social, uma Psicóloga e ainda uma Vereadora em representação da Câmara Municipal do Entroncamento.

Nesta sessão foi utilizado o método expositivo com o recurso à apresentação por PowerPoint (Anexo XVIII). Antes de dar início à sessão, os idosos pertencentes ao projeto preencheram uma ficha de avaliação inicial de conhecimentos, assim como no final da sessão (Anexo XV), de forma avaliar os conhecimentos iniciais e finais, relativamente ao tema da sessão.

No final da sessão foi entregue a cada idoso um folheto informativo e alusivo ao tema (Anexo XVIII).

No final da sessão, foi ainda solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação final (Anexo XV) de modo, a avaliar o desempenho do formador. A abordagem de todos os conteúdos foi importante, houve ainda a possibilidade de dar a conhecer uma música alusiva ao tema "solidão no idoso". Esta nova abordagem através da música marcou inquestionavelmente a sessão junto de todos os presentes. Todos os presentes na sessão mencionaram que atividades recreativas e sociais como estas, para idosos que se encontram sós, aumenta a potencialidade da sua atividade cognitiva, assim como o sentimento de autoestima, de identidade de grupos e de bem-estar psíquico e físico, reduzindo os níveis de solidão e isolamento social.

A quarta sessão teve como tema "Recursos Comunitários - População Adultos/idosos" e foi realizada no dia 28 de maio às 14 horas e 30 minutos, no Centro de Convívio da 3ª Idade do Entroncamento de acordo com o plano de sessão (Anexo XIX). Para esta sessão foi afixado, no centro de convívio um *poster* de divulgação (Anexo XIX), com um dia de antecedência, para divulgar o tema junto dos idosos. Para a realização do folheto (Anexo XIX) houve a necessidade de reunir com uma assistente social e uma psicóloga da Câmara Municipal do Entroncamento, de modo a

encontrar, a melhor forma de organizar o folheto dos Recursos Comunitários, tendo em consideração as necessidades da comunidade e de forma a aferir quais os recursos, fundamentalmente indispensáveis, a colocar no mesmo. A elaboração deste folheto foi considerada de extrema importância, uma vez que este seria um documento fulcral e de utilidade para toda a comunidade do Entroncamento, não existindo nenhum documento que reunisse toda a informação relativamente a este tema.

Nesta sessão estiveram presentes 42 idosos dos quais dez (quatro homens e seis mulheres) pertenciam ao projeto. Para esta sessão foi utilizado o método expositivo com o recurso à apresentação por PowerPoint (Anexo XIX). Antes de dar início à sessão, os idosos pertencentes ao projeto preencheram uma ficha de avaliação inicial de conhecimentos, assim como no final da sessão (Anexo XV), de forma avaliar os conhecimentos iniciais e finais, relativamente ao tema da sessão.

Foi entregue, no final da sessão, um folheto informativo (Anexo XIX) alusivo ao tema bem como, um íman (Anexo XIX) com uma frase sobre o tema exposto.

No final da sessão, foi ainda solicitado o preenchimento de um questionário de avaliação final (Anexo XV) de modo, a avaliar o desempenho do formador.

Foi referido pelo grupo de idosos presentes na sessão, que cuidar de pessoas idosas não se trata de apenas em responder às suas necessidades básicas, mas sim garantir o seu nível de bem-estar. Dado o aumento significativo de pessoas idosas é importante estimular os interesses ocupacionais e aumentar as atividades recreativas, tornando estes anos da vida satisfatórios e produtivos e conseqüentemente à promoção da saúde nos idosos, em todas as suas dimensões.

Para finalizar todas as sessões, anteriormente descritas, foi oferecido um lanche aos idosos, promovendo o convívio e a interação social entre todos os participantes.

Analisando esta intervenção de enfermagem, segundo o modelo sistémico de Betty Neuman, pode afirmar-se que foi uma mais-valia para a comunidade idosa, e mais concretamente para os idosos inseridos no projeto. Todas as atividades realizadas ao longo deste estágio, com este grupo de idosos, possibilitou uma notória melhoria nos conhecimentos dos mesmos, como vai ser possível demonstrar durante a avaliação deste projeto.

Relativamente às competências do enfermeiro especialista adquiridas ao longo desta etapa do planeamento em saúde, foram: a G2.1. “Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e a G2.3. “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”.

Para terminar esta etapa do projeto, pode concluir-se que a resposta dirigida especificamente a cada comunidade/grupo de pessoas, pode ser um caminho passível de se seguir ao encontro de uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem pois, a OE (2011) no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária refere que perante as novas necessidades em saúde, urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e de proximidade.

3.6- AVALIAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A avaliação das intervenções é a última etapa do planeamento em saúde. Esta parte do projeto serve para determinar o grau de sucesso do objetivo deste estudo e uma comparação entre as metas inicialmente estabelecidas com as metas alcançadas. Serve ainda para determinar e avaliar o formador, de acordo com o grau de satisfação dos idosos inseridos no projeto. Esta etapa serve também, para compreender e corrigir as estratégias utilizadas de modo a atingir esse mesmo objetivo (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Para Imperatori & Giraldes (1993) avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo com o objetivo de corrigir ou melhorar. A perspetiva de Stanhope & Lancaster (2011, p.381) define-o como: “a avaliação é a apreciação dos efeitos de uma atividade organizada ou programa”.

Para realizar a caracterização da população, tendo em conta que estamos a avaliar uma amostra pequena (16 idosos) foi apenas considerada a última sessão dos recursos comunitários, uma vez que foi a sessão que apresentou uma maior assiduidade. De referir e salvaguardar, que todos os idosos que assistiram à sessão do isolamento social, estiveram presentes na sessão da solidão e todos os idosos da sessão anterior estiveram presentes na última sessão, sobre os recursos comunitários. Como tal, e verificando-se as mesmas pessoas presentes na última sessão foi escolhida a amostra dos idosos presentes na sessão dos recursos comunitários para a caracterização da amostra. Para esta caracterização podemos consultar as tabelas e os gráficos correspondentes (Anexo XX) que nos descreve a nossa amostra, de acordo com os valores que se seguem.

Dos dez idosos, segue-se em a caraterização resumida no quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

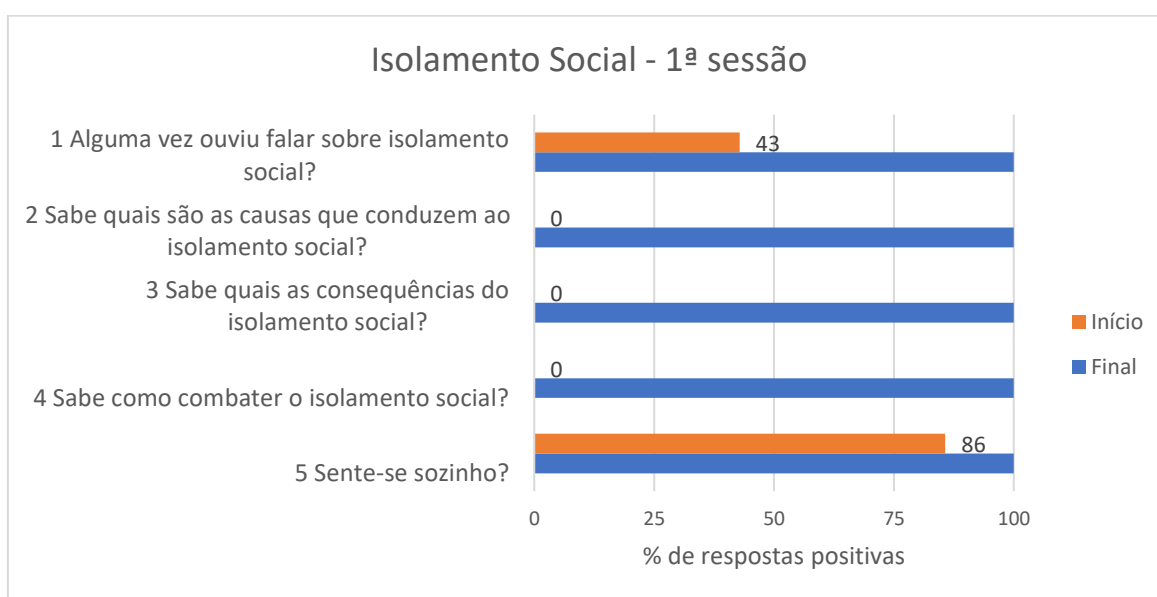
SEXO		IDADE		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDADE		SITUAÇÃO LABORAL	
Feminino	60%	- 81 Anos	30%	Solteiro/ divorciado	10%	Ensino básico	80%	No ativo	0%
Masculino	40%	+ 81 Anos	70%	Viúvo	90%	Sem escolaridade	20%	Reformado	100%

Neste capítulo, são ainda, apresentados os principais resultados das atividades realizadas, assim como os indicadores que foram definidos de modo a proceder à avaliação dessas mesmas atividades. À medida que o projeto “Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida” foi sendo implementado, utilizaram-se alguns instrumentos que possibilitaram a realização de uma avaliação. Em relação às fichas de avaliação de conhecimentos (Anexo XV), foi feita uma comparação entre os resultados obtidos na ficha inicial e os da final, de forma a perceber se houve alguma melhoria a nível dos conhecimentos anteriores às sessões de acordo com os

conhecimentos adquiridos depois de cada uma das sessões. Todas as sessões são descritas de seguida e individualmente. O tratamento de dados realizado para obter os valores que são apresentados de seguida encontram-se em anexo na forma de tabelas para cada uma das sessões (Anexo XXI).

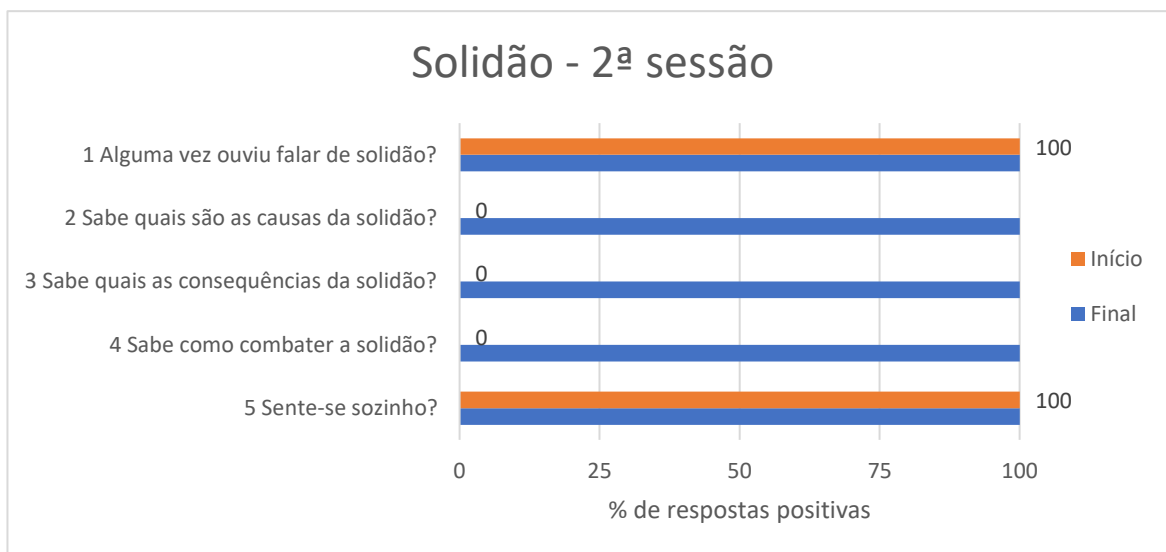
Para a sessão do isolamento social a assiduidade dos participantes foi de: 43,75%, (7) idosos (um homem e seis mulheres), tal como é apresentado no gráfico seguinte. Podemos ainda, verificar que os formandos conseguiram atingir 100% na aquisição de conhecimentos sobre como combater o isolamento social. A melhoria nos conhecimentos adquiridos ao longo desta sessão tem um valor de 76,7%, conforme referido na introdução.

Gráfico 1 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão sobre isolamento social



Para a sessão da solidão a assiduidade dos participantes foi de: 56,25%, (9) idosos (três homens e seis mulheres). Tal como é apresentado no gráfico seguinte, podemos verificar que os formandos conseguiram atingir 100% na aquisição de conhecimentos sobre como combater a solidão. Tendo sido verificada uma melhoria nos conhecimentos adquiridos ao longo desta sessão de 60%.

Gráfico 2 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão da solidão



Para a sessão dos recursos comunitários a assiduidade dos participantes foi de: 62,25%, (10) idosos (quatro homens e seis mulheres). Tal como é apresentado no gráfico seguinte, podemos verificar que os formandos conseguiram atingir 100% na aquisição de conhecimentos sobre recursos comunitários. Tendo sido verificada uma melhoria nos conhecimentos adquiridos ao longo desta sessão de 93,4%.

Gráfico 3 - Comparação de conhecimentos iniciais e finais na sessão dos recursos comunitários

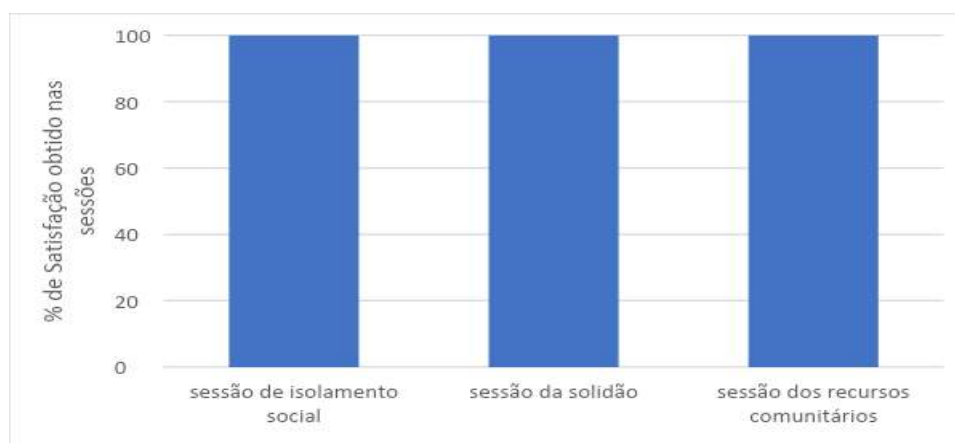


Os resultados das atividades realizadas, assim como os indicadores que foram definidos de modo a proceder à avaliação dessas mesmas atividades encontram-se condensadas no quadro 2 e 3.

Como é possível verificar no quadro anterior todas as sessões foram realizadas tendo sido alcançado o objetivo de 100%. Todos os folhetos foram entregues no final de cada sessão aos idosos presentes. De acordo com o objetivo estabelecido anteriormente às sessões este também foi atingido. Foi ainda possível verificar que os idosos ficaram satisfeitos com as sessões e que mostraram interesse em continuar a realizar outras atividades ou outras sessões de acordo, com alguns comentários escritos nas fichas de avaliação bem como através de observações feitas durante as sessões.

Relativamente à avaliação do desempenho do formador, foi atingido uma avaliação de “muito satisfeito” (100%), quer na sessão do isolamento social, quer na sessão sobre a solidão e quer ainda na sessão sobre os recursos comunitários, como se pode observar no gráfico 4 que se segue.

Gráfico 4 - Avaliação de “muito satisfeito” do desempenho do formador das sessões



Os objetivos deste trabalho foram todos atingidos como se pode verificar nos quadros 1 e 2.

De referir, que sendo a amostra já reduzida e, tendo em conta que a população alvo eram idosos, a percentagem de idosos presentes em cada sessão foi relativamente baixa. No entanto gostaria de ressaltar o facto de que essa percentagem foi aumentando de sessão para sessão de forma bastante expressiva.

O interesse e apoio de toda a equipa da UCCE neste projeto, assim como a satisfação dos idosos participantes, revelou a importância de se continuar a investir nesta área de prevenção e consequentemente reduzir o elevado grau de isolamento social e o grau moderado da solidão junto da população idosa.

Deste modo, foi possível a aquisição da competência: G1.5 – “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Quadro 2 - Indicadores de Atividade

Indicadores de Atividade	Meta	Resultado Final
% de sessões de formação realizadas: $\frac{\text{Nº de sessões realizadas}}{\text{Nº de sessões programadas}} \times 100$	Realizar 100% das sessões	$\frac{3 \times 100}{100} = 100\%$ 3 Sessões
% de assiduidade dos participantes na sessão: Isolamento Social $\frac{\text{Nº de pessoas presentes na sessão}}{\text{Nº de pessoas convocadas para a sessão}} \times 100$	Obter 40% de assiduidade	$\frac{7 \times 100}{16} = 43,75\%$ 16 Convocados
% de assiduidade dos participantes na sessão: Solidão $\frac{\text{Nº de pessoas presentes na sessão}}{\text{Nº de pessoas convocadas para a sessão}} \times 100$	Obter 40% de assiduidade	$\frac{9 \times 100}{16} = 56,25\%$ 16 Convocados
% de assiduidade dos participantes na sessão: Recursos Comunitários $\frac{\text{Nº de pessoas presentes na sessão}}{\text{Nº de pessoas convocadas para a sessão}} \times 100$	Obter 40% de assiduidade	$\frac{10 \times 100}{16} = 62,25\%$ 16 Convocados
% de formados que classificam o desempenho do formador de “muito satisfeito” na sessão do: Isolamento Social $\frac{\text{Nº de formandos a classificar “muito satisfeito” na sessão}}{\text{Nº total de formandos a avaliar na sessão}} \times 100$	Obter 70% de formandos a considerar o desempenho do formador “muito satisfeito”	$\frac{7 \times 100}{7} = 100\%$ 7 Formandos Avaliados

<p>% de formados que classificam o desempenho do formador de “muito satisfeito” na sessão da: Solidão</p> <p><u>Nº de formandos a classificar “muito satisfeito” na sessão</u> x 100</p> <p>Nº total de formandos a avaliar na sessão</p>	<p>Obter 70% de formandos a considerar o desempenho do formador “muito satisfeito”</p>	<p>$\frac{9 \times 100}{100} =$</p> <p>9 Formandos</p>
<p>% de formados que classificam o desempenho do formador de “muito satisfeito” na sessão dos: Recursos Comunitários</p> <p><u>Nº de formandos a classificar “muito satisfeito” na sessão</u> x 100</p> <p>Nº total de formandos a avaliar na sessão</p>	<p>Obter 70% de formandos a considerar o desempenho do formador “muito satisfeito”</p>	<p>$\frac{10 \times 100}{100} =$</p> <p>10 Respostas</p>

Quadro 3 - Indicadores de Resultados

Indicadores de Resultados	Meta	Resultado Final
<p>% de melhoria das classificações nas fichas de avaliação: Isolamento Social</p> <p><i>% da média da classificação final - % da média da classificação inicial</i></p>	<p>Obter 40% de melhoria nas classificações</p>	<p>$100\% - 23,3\% =$</p> <p>74,3%</p>
<p>% de formandos que adquirem conhecimento sobre como combater o Isolamento Social:</p> <p><u>Nº de respostas corretas sobre como combater isolamento</u> x 100</p> <p>Nº total de respostas dadas sobre o isolamento social</p>	<p>Que 40% dos formandos demonstrem conhecer como combater o isolamento</p>	<p>$\frac{7 \times 100}{100} = 100\%$</p> <p>7 Respostas</p>
<p>% de melhoria das classificações nas fichas de avaliação: Solidão</p> <p><i>% da média da classificação final - % da média da classificação inicial</i></p>	<p>Obter 40% de melhoria nas classificações</p>	<p>$100\% - 40\% =$</p> <p>60%</p>

<p>% de formandos que adquirem conhecimento sobre como combater a Solidão:</p> <p><u>Nº de respostas corretas sobre como combater solidão</u> x 100</p> <p>Nº total de respostas dadas sobre a solidão</p>	<p>Que 40% dos formandos demonstrem conhecer como combater a solidão</p>	<p>$\frac{9 \times 100}{100} = 100 \%$</p> <p>9 Respostas</p>
<p>% de melhoria das classificações nas fichas de avaliação: Recursos Comunitários</p> <p>% da média da classificação final - % da média da classificação inicial</p>	<p>Obter 40% de melhoria nas classificações</p>	<p>$100 \% - 6,6 \% = 93,4 \%$</p>
<p>% de formandos que adquirem conhecimento sobre recursos comunitários:</p> <p><u>Nº de respostas corretas sobre recursos comunitários</u> x 100</p> <p>Nº total de respostas</p>	<p>Que 40% dos formandos demonstrem o que são recursos comunitários</p>	<p>$\frac{10 \times 100}{100} = 100 \%$</p> <p>10 Respostas</p>
<p>% de folhetos distribuído na sessão do isolamento:</p> <p><u>Nº de folhetos distribuídos na sessão do isolamento</u> x 100</p> <p>Nº de pessoas presentes na sessão</p>	<p>Distribuir 100% dos folhetos</p>	<p>$\frac{7 \times 100}{7} = 100 \%$</p> <p>7 Pessoas</p>
<p>% de folhetos distribuído na sessão da solidão:</p> <p><u>Nº de folhetos distribuídos na sessão da solidão</u> x 100</p> <p>Nº de pessoas presentes na sessão</p>	<p>Distribuir 100% dos folhetos</p>	<p>$\frac{9 \times 100}{9} = 100 \%$</p> <p>9 Pessoas</p>
<p>% de folhetos distribuído na sessão dos recursos comunitários:</p> <p><u>Nº de folhetos distribuídos na sessão dos recursos</u> x 100</p> <p>Nº de pessoas presentes na sessão</p>	<p>Distribuir 100% dos folhetos</p>	<p>$\frac{10 \times 100}{10} = 100 \%$</p> <p>10 Pessoas</p>

4 - OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DO ESTÁGIO

No decorrer do Estágio foram ainda realizadas outras atividades propostas pela Enf.^a Cooperante para a aquisição de outras competências do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária. Das quais se destacam:

Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) - É evidente a importância deste programa no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, quer pelo papel que desenvolve na promoção da saúde, quer na prevenção da doença e ainda pela contribuição que desempenha no desenvolvimento de um ambiente escolar favorecedor de saúde. A escola, sendo o local onde as crianças e os jovens passam a maior parte do seu tempo, é considerado como um ambiente apropriado e facilitador no desenvolvimento de atividades relacionadas com a promoção e a educação para a saúde. Foi com este propósito que acompanhei a equipa de Saúde Escolar da UCCE em duas ações de educação para a saúde dirigida às crianças do 1º ciclo, cuja temática, foi "Higiene Corporal". A infância é o tempo ideal para desenvolver aprendizagens sólidas de estilos de vida saudáveis. É por isso, que promover estilos de vida saudáveis deve ser um objetivo de todos os membros da comunidade educativa, entre os quais os profissionais de saúde. Participar na sessão de educação para a saúde permitiu-me concretizar e desenvolver na prática, o contributo dos enfermeiros comunitários na dinamização e participação no programa de Saúde Escolar, dado o seu campo de atuação.

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) - é uma instituição oficial não judiciária que tem autonomia funcional e que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Decreto-Lei nº 147/99).

A UCCE é uma das várias entidades que constitui a CPCJ de Santarém e tem como objetivo integrar, em articulação com os restantes parceiros, as atividades desenvolvidas na área da saúde na CPCJ, uma vez que estas são essencialmente de intervenção comunitária. Tendo sido possível a participação numa das reuniões efetuadas semanalmente, possibilitando o esclarecimento de algumas questões relacionadas com o funcionamento e atuação desta comissão.

Programa de Cuidados Continuados Integrados (PCCI) - são um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto Lei nº 101/2006, de 6 de junho).

Foi possível fazer o acompanhamento da equipa de cuidados continuados integrados nas visitas domiciliárias, tendo tido oportunidade de observar e participar nos cuidados prestados aos utentes e de esclarecer dúvidas relativamente ao funcionamento do projeto.

Espaço saúde - o espaço saúde encontra-se inserido num dos programas da UCCE que consiste em divulgar informação sobre temas relacionados com a saúde, através do trabalho em parceria com todas as entidades da comunidade. A articulação deste programa com o conselho clínico do ACES Serra D'Aire é fundamental para a validação dos conteúdos e harmonização da informação em saúde dos profissionais, sempre com o objetivo de promover a saúde da comunidade. Foi ainda, neste espaço que tive a possibilidade de participar na divulgação de um artigo informativo, por mim elaborado, do dia mundial da saúde para a Rádio Voz do Entroncamento (Anexo XIII). Esta divulgação passou na rádio durante quadro dias consecutivos de forma a informar a comunidade sobre a atividade de uma das sessões, mais concretamente, a da caminhada, dando a possibilidade de a divulgar junto dos idosos da comunidade, contribuindo para a sua realização.

Foi ainda possível a participação, de forma ativa, na avaliação multicausal de alguns problemas de saúde pública, no desenvolvimento e na colaboração de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação da comunidade do Concelho do Entroncamento.

Estas atividades permitiram uma evolução a nível pessoal e a nível profissional, bem como a aquisição de novas competências, como é o caso da competência: G2.1- "Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

Concluindo, é importante referir que é possível aprender algo, mesmo em etapas avançadas do ciclo da nossa vida, e nesta vertente este projeto é disso evidência. Os ganhos demonstrados ao nível dos conhecimentos, envolvidos nesta prática, consubstanciam o reflexo dos catalisadores emocionais utilizados, quer no sentimento de valor atribuído aos participantes quer na sua perceção de que algo foi efetivamente ganho no decorrer deste projeto. Neste sentido, só posso concluir que se trata de um trabalho biunívoco na medida que os ganhos do ponto de vista da operacionalização encontram correspondência nos anseios de resposta social dos idosos envolvidos, bem como na sua capacidade cognitiva como demonstram os resultados. O modelo utilizado também reflete esta correspondência. A visão focada no isolamento e nas boas práticas para o mitigar são essências para uma perspetiva mais abrangente que nos ajuda também a ter consciência de um quadro maior, ao qual temos de endereçar mais respostas na área da Enfermagem Comunitária.

5 - ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA

Neste capítulo pretende-se realizar uma retrospectiva de caráter reflexivo e crítico, das atividades desenvolvidas ao longo deste projeto, a aquisição e o desenvolvimento de novas competências na área específica do conhecimento em enfermagem comunitária.

A preocupação com a saúde das pessoas idosas tem crescido nas últimas décadas, como consequência do aumento da longevidade da população mundial. No entanto, o envelhecimento da população, os avanços tecnológicos e as restrições orçamentais têm levado a grandes reformas da saúde em todo o mundo, por vezes descurando a população idosa.

O envelhecimento saudável e ativo acresce como desafio à sociedade em geral e diz respeito a múltiplos sectores, como a saúde e em particular os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias e intervenções, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas sentidas pelas pessoas idosas isoladas (DGS, 2004; EuroHealthNet, 2012). Para a seleção das estratégias foi desenvolvida a seguinte competência, do Enfermeiro Especialista: G1.3- “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas” (RCEEEECSP, 2018).

O projeto “Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida” pretende dar resposta a um diagnóstico de enfermagem comunitário, para este estudo em particular, descrito como “Ameaça à linha de defesa dos idosos relacionada com os *stressores* intrapessoais, evidenciada pelo isolamento social e solidão”.

Para a realização deste projeto foi adotado o Modelo Teórico de Betty Neuman, tendo em conta que este modelo defende uma visão holística da pessoa, grupo ou comunidade perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que o rodeia, sendo sobretudo sensível aos fatores de *stress* (Neuman, 1995).

Os conhecimentos obtidos da *scoping review* comprovam que a enfermagem cada vez mais deve usar esta ferramenta de modo a demonstrar, que as suas intervenções são baseadas na melhor evidência científica e são aquelas que podem produzir resultados, que concorram para a obtenção de ganhos em saúde e dar a visibilidade necessária à prática.

A realização deste projeto de intervenção foi estabelecida de forma a encontrar soluções para os desafios em saúde, e com este estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados. Estas intervenções vêm contribuir e assegurar a satisfação das necessidades das comunidades e deste modo, promover comportamentos produtores de bem-estar.

O diagnóstico de situação efetuado revelou que o isolamento social e solidão ocupa grande parte do tempo dos idosos, com todas as consequências negativas para a saúde que daí advêm.

A interação social adequada nos idosos permite manter e melhorar, entre outros, a força, o equilíbrio, a função cognitiva e a sua independência o que se reflete numa melhoria da sua qualidade de vida. Promover o convívio social e partilha de vivências e, por esta ordem de pensamento, a via indireta ao estímulo mental. Neste sentido, foram realizadas ações de educação para a saúde e atividades que estimulassem a prática da atividade física de forma estimular o convívio entre os idosos e com o objetivo de transmitir ao grupo alvo informação necessária e compreensível sobre a importância do envelhecimento ativo e dos benefícios da socialização entre os mesmos, capacitando os idosos a fazerem escolhas saudáveis, promovendo desta forma a sua saúde. Sendo deste modo, possível adquirir as competências do Enfermeiro Especialista: G2.1. “Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”, bem como a G2.3. “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (RCEEEECSP, 2018).

Os Centros de Saúde enquanto principais unidades prestadoras de CSP, são colocados na primeira linha de promoção da saúde e prevenção da doença, cabendo aos mesmos implementar e pôr em prática as estratégias delineadas a nível mundial e nacional (Crisp, 2014; Lopes, 2009).

Segundo Wilson (2010), as estratégias que provam ser eficazes na redução do isolamento social são: as ações de educação para a saúde, a grupos da comunidade, sobre a importância de se desenvolverem atividades para aumentar a interação social entre idosos, motivando os mesmos a serem pró-ativos nas suas necessidades de apoio social. A troca de conhecimento e experiências partilhados entre participantes podem também encorajar a adoção de práticas de saúde positivas. Para que estes programas ou estas atividades se desenvolvam no futuro, é necessário a criação de espaços onde os idosos se possam encontrar e socializar, quer seja através da partilha de experiências pessoais, quer seja através do exercício de outras atividades.

Desta forma cabe ao enfermeiro dos CSP desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família, da respetiva comunidade e mais especificamente na prevenção do isolamento social e solidão no idoso (OE, 2010).

Nesse sentido, a educação/formação pode desempenhar um papel crucial no sentido de facilitar aos profissionais de saúde a identificarem os sinais e sintomas de isolamento social e solidão na população idosa, bem como identificar os indivíduos em risco, evitando uma situação de grande vulnerabilidade. Seja qual for o nível de formação/educação, todos os profissionais de saúde devem estar atentos e motivados para as evoluções sociais e realidades emergentes na sua área de atuação.

Durante este percurso académico, assim como ao longo do estágio foi possível desenvolver atividades de promoção de saúde, com a comunidade idosa da UCCE, implementando o projeto de intervenção “*Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida*” na comunidade, numa área com o diagnóstico de enfermagem sobre isolamento social e solidão e ao qual havia necessidade de dar resposta, pretendendo-se que traga benefícios à saúde de cada membro da comunidade idosa da UCCE.

Deste modo foram programadas e realizadas sessões de formação e realizadas atividades em grupo, de forma a capacitar o grupo. Durante as sessões de formação, os idosos tiveram sempre

a possibilidade de interagir com o formador, de forma a promover um ambiente agradável e propício a uma boa aprendizagem e onde fosse possível estabelecer relações interpessoais agradáveis.

As instalações, onde decorreram as sessões de formação, eram excelentes o que proporcionou momentos agradáveis entre todos. Sempre que possível, foram criados momentos para esclarecimento de dúvidas e discussão, com vista a garantir uma boa consolidação dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, facilitando a sua transferência para o contexto específico de trabalho. É possível afirmar que todas as atividades desenvolvidas com os idosos potenciaram a atividade cognitiva dos idosos, interação social e o seu bem-estar.

A reflexão da prática deve ser uma constante no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, como resultado do seu desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com Dorigon e Romanowski (2008) a reflexão surge relacionada à forma como se abordam os problemas da prática, à possibilidade da incerteza, estando aberta a novas hipóteses, dando forma a esses problemas e descobrindo novos caminhos, chegando então às soluções. Ainda para os mesmos autores para evitar que a prática se torne isolada, devem cultivar-se atividades que conectem o conhecimento e a reflexão na ação.

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como os maiores problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate aos mesmos, dando uma grande relevância ao papel dos CSP na prevenção destes fenómenos presentes na população idosa (CEPCEP, 2012; WHO, 2014).

Deste modo, importa desenvolver novas estratégias para combater as dificuldades deste grupo de idosos, assim como promover a qualidade de vida e de bem-estar dos mesmos ao longo do seu ciclo de vida.

Este projeto, desde o seu início, teve como compromisso produzir efeitos positivos na sua concretização académica. Apesar de ser um tema pouco explorado, e de difícil estudo, a vontade de poder contribuir para a comunidade profissional e da população abrangida pela UCCE, foi uma constante ao longo de todo o estágio.

As competências adquiridas durante esta prática específica foram relacionadas com a metodologia do planeamento em saúde e o trabalho de campo realizado em todas as vertentes de prestação de cuidados existentes na UCCE.

A colaboração entre todos os profissionais e o trabalho em equipa facilitou o desenvolvimento de várias competências de enfermagem, principalmente na gestão do tempo, dos recursos e das intervenções.

A nível académico, é de destacar também toda a partilha de conhecimentos e experiências ao longo deste estágio, foram para além de salutareas, bastante enriquecedoras. Neste âmbito, destaco como principais ganhos pessoais, o esclarecimento de algumas dúvidas no campo profissional, bem como o surgimento de questões que antes não me tinham cruzado a mente. Neste sentido foi curioso verificar que a nossa visão do doente em contexto hospitalar acaba por reduzi-lo a um fator isolado, isto é, relegando para segundo plano o envolvimento familiar e comunitário. Adquiri a perceção de que há perguntas de resposta aberta cujas soluções temos de encontrar conjuntamente em contexto hospitalar, mas sobretudo em contexto comunitário.

Durante as apresentações dos seminários, na ESSS, foi ainda possível a discussão nas várias áreas, em torno da temática da enfermagem comunitária, contribuindo para desenvolvimento de todo o processo reflexivo deste projeto (Anexo XXIII).

Tendo em conta a complexidade do trabalho surgiram algumas dificuldades, nomeadamente no que respeita ao período temporal destinado à elaboração dos objetivos e à implementação do projeto. A conciliação das horas de estágio com o horário de trabalho e, por sua vez, aliar as responsabilidades familiares com o trabalho também foi outra dificuldade sentida.

O conjunto de atividades desenvolvidas ao longo deste projeto contribuíram antes de mais para a compreensão e aquisição das competências: G2.3. “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, assim como possibilitaram a análise do impacto que podem ter na vida das pessoas/comunidade, na promoção da saúde e bem-estar.

6 - CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo que ocorre naturalmente em todos os seres humanos e caracteriza-se por alterações físicas, sociais e psicológicas que variam de indivíduo para indivíduo. O envelhecimento demográfico é um fenómeno atual da nossa sociedade que vem criar novas necessidades em saúde pelo que é fundamental traçar novas estratégias para responder a este desafio, minimizando as implicações sociais, políticas e económicas que estas provocam.

Para o enfermeiro especialista é importante orientar, encaminhar e sobretudo capacitar o indivíduo de acordo com a etapa do ciclo da vida em que se encontra, de forma a proporcionar a um maior grupo possível de indivíduos a aquisição de conhecimentos que permitam melhorar/manter a sua saúde, autonomia e independência.

Relativamente à comunidade do Entroncamento, o envelhecimento demográfico e as suas consequências são uma realidade presente neste concelho, como demonstrou o Diagnóstico de Saúde. Assim, face aos problemas encontrados foi desenvolvido e implementado o projeto de intervenção comunitária “*Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida*”, estimulando a promoção e a interação social entre os idosos, com vista a promover a qualidade de vida dos mesmos em comunidade.

Com este estágio foi possível salientar a autonomia e o papel do enfermeiro como elo de ligação entre o indivíduo, família e a comunidade. Foi dada a oportunidade de conhecer uma nova realidade: a de uma população envelhecida e isolada, com necessidades muito específicas e com uma enorme vontade em se manter saudável, autónoma e independente pelo máximo tempo possível. Também, permitiu e incentivou a uma reflexão do desempenho como profissional e como pessoa, favorecendo o crescimento global. O desenvolvimento das atividades foi realizado com agrado, e sempre tendo em conta tratar-se de uma população muito específica. A receptividade da população idosa foi muito satisfatória, o que contribuiu muito para alcançar os objetivos definidos para este estágio, uma vez que grande parte da informação foi transmitida quase de pessoa para pessoa e que para a concretização das atividades foram necessárias a participação ativa de cada idoso, que contribuiu de acordo com suas capacidades para o sucesso das mesmas.

A OMS confirma que as intervenções que prolongam e/ou melhoram as atividades sociais das pessoas idosas, a satisfação com a vida e a qualidade de vida podem proteger os idosos dos danos nocivos que advêm do isolamento social, e por isso aconselha a um maior número de pesquisa e ação mundial (WHO, 2014).

A realização das atividades ao longo do estágio foram uma mais-valia, que permitiu adquirir, repensar e aprofundar alguns conhecimentos sobre a temática do envelhecimento. As atividades

realizadas, ao longo deste estágio para a elaboração deste estudo, servem como um contributo orientador para futuras iniciativas, que desta forma possam influenciar práticas sociais que aumentem e capacitem a comunidade, de forma a serem elementos ativos na promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

Um dos objetivos foi encontrar a melhor forma possível de capacitar a comunidade a ser elemento ativo na promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Este estágio contribuiu para aprofundar conhecimentos e aplica-los de forma ordenada e sistematizada, através de uma pesquisa constante, elaboração de planos, projetos e do diagnóstico de saúde, que permitiram a concretização dos objetivos e atividades planeadas resultando num estágio enriquecedor quantitativa e qualitativamente.

Este relatório de intervenção comunitária constituiu um importante instrumento de avaliação, onde foi possível descrever de forma sistematizada as atividades desenvolvidas durante o estágio e aplicar os conhecimentos apreendidos, bem como, as experiências vividas ao longo do mesmo. Encaro esta experiência de forma abrangente e altamente gratificante, em termos de aprendizagem, sendo um verdadeiro modelo de ligação entre a formação teórica e a prática.

Desta forma foi possível ampliar um conjunto de competências, adquirindo algumas e desenvolvendo outras, de uma forma concertada e organizada, tendo em vista o desenvolvimento de cuidados especializados em enfermagem comunitária.

Este relatório pretendeu analisar de forma objetiva e reflexiva as atividades desenvolvidas e as experiências relevantes no processo de formação, dando ênfase ao desenvolvimento e à aquisição de novas competências na prestação de cuidados especializados de enfermagem comunitária. A análise reflexiva efetuada de todo o percurso revelou-se construtiva e enriquecedora, resultando numa auto consciencialização das capacidades adquiridas. No trabalho desenvolvido, foram atingidos os objetivos propostos. Para tal, foram também importantes os contributos da Professora Orientadora, bem como, da equipa da UCCE e de todos os parceiros envolvidos. Este trabalho traduz essencialmente uma experiência enriquecedora e gratificante a nível pessoal, bem como a nível profissional.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2016). Aulas de Revisão Sistemática de Literatura no âmbito do 6º Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém.
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., and Aslan, H. (2012). *Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(3), 548-554.
- Berkman, Lisa F., Glass, Thomas, Brissette, Ian, Seeman, Teresa E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. Social Science and Medicine (51), 843-857.
- Branco, A. (2001). Cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp. 5–12. Acedido em 28 de abril de 2019 em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/15293/1/RUN%20-%20RPS%20-%20v19%20tematico%20a02%20-%20p.5-12.pdf>
- Cabral, M. V. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento ativo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do castelo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem. Acedido em 19 de março de 2019 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4>
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Chen, Y. R, & Schulz, P.J. (2016). *The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review*. Journal Of Medical Internet Research, 18(1), e18. Doi:10.2196/jmir.4596
- Crisp, L.N. (2014). *The future for health: everyone has a role to play*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Despacho n.º 6860/2018. 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, II Série, 16 de julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38, I Série, 22 de fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 73/2017. *Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B.* Diário da República n.º 118, I Série, 21 de junho de 2017. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto Lei n.º 101/2006. *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Orientações para sua constituição nos centros de saúde.* Diário da República n.º 109, 1.º Série, 6 de junho de 2006. Ministério da Saúde. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 147/99. *Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.* (1.ª Serie). Publicado no Diário da República n.º 204, 1.ª Serie, 1 de setembro de 2003. Ministério da Saúde.

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de junho de 2006

DGS (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016.* Lisboa. Acedido em 12 de junho de 2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99>.

DGS (2008). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde

DGS (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar.* Lisboa. Acedido em 11 de junho de 2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-escolar/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

Dorigon. T. e Romanowski, j. (2012) A reflexão em Dewey e Schön, Revista Intersaberes, Curitiba, n. 5, pp. 8 – 22.

Espadaneira, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer.* In *Ajudas.com*. acedido a 19 de março de 2019 em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

EuroHealthNet (2012) *Healthy and active ageing.* Bruxelas: The federal centre for health education Acedido a 20-02-2019. Disponível em:

<http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>

Ferrinho, P., Bugalho, M., Pereira M. J., (2001) *For Better Health in Europe. Report with the support of the European Commission*, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concetualização à realização*. Loures: Lusociência.

Freitas, P.C. B. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social - II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.

Freese, B. (2004) in Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

Galinha, S. A. (2010). *Criar - Comunicar - Participar com Adultos e Idosos para uma Pedagogia*. Santarém: Edição Portuguesa.

Guidetti, A. e Pereira, A. (2008). *A importância da comunicação na socialização dos idosos*. Editora São Paulo

Heidmann, I.; Almeida, M.; Eggert, A., Wosny, A. & Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica e suas concepções*. In Sistema de informacion científica redalyc, 15(2). Acedido a 10 de junho de 2019 em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição, Lisboa: ENSP.

INE. (1999). *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos, 83. Portugal: Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014). *Portugal em Números 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 19 de março de 2019 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpuboui=214351093&PUBLICACOESmodo=2;

Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2010) *Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa* (7 ed.). São Paulo: Atlas.

Leuven, Karen (2010). *Health Practices of Older Adults in Good Health- Engagement is the key*. *Journal of Gerontological Nursing*. Acedido 10-06-2019. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid>

- Lopes, R., Lopes, M. e Câmara, V. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 6 (3), pp. 373 – 381.
- Litvoc, J. e Brito, F. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Lubkin, I., Larsen, P. (2006). *Chronic Illness impact and interventions*. 6th edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers
- Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais CIES, ISCTE-JUL
- Morgan, K., Bath, P. (1998) Customary physical activity and psychological wellbeing: a longitudinal study. *Age Ageing*. 27, (3), pp. 35-40.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stanford: Appletom e Lange.
- Nicholson, N. (2012) A review of Social Isolation: an important but Underassessed Condition in older adults. *The Journal of Primary Condition*, 31 (1-2)
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde*. Acedido em 19 de abril de 2019 em <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. Lisboa, Portugal: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Classificação Internacional para a prática da Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. XV, 275-287.
- Peplau HE. (1990) *Relaciones interpersonales en enfermería: um marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: MassonSalvat.

Peplau *et al* (1980). Relation between loneliness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 39(6). Acedido em 29-04-2019. Disponível em <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cpb.2006.9963?journalCode=cpb>

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.

PORDATA (2017). *População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário*. Acedido em 20 de Dezembro de 2018 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-137>

PORDATA (2019). *População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário*. Acedido em 19 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-137>

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012/2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 2 de junho de 2019 em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Pité., J. (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença

Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. (2004). Direção Geral de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 29 maio de 2019 em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf

Pité., J. (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença

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.

Rosa, T., Benicio, M., Latorre, M. e Ramos, L. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 1 (37), pp.40-48.

Sampaio R.; Mancini M. (2007). *Estudos de Revisão Sistemática: um Guia para Síntese Crítica da Evidência Científica*. *Revista brasileira de fisioterapia*. Nº 11, Volume 1, 83-89, jan./fev. 2007. Minas Gerais.

Stanhope, M e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª edição, Loures: Lusociência

Silva, F. (2013). *Intervenção no doente mental em crise*. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14637/1/Relat%C3%B3rio.pdf>

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Thomas, P. et al. (1999). *More tolerance in management of unmotivated elderly family members*. *Praxis*, 6 (88), pp. 223-232.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). *Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. *International Journal of Older People Nursing*. 282-288.

WILLIAMS, Kristine; KEMPER, Susan (2010). *Interventions to reduce cognitive decline in aging*. *Journal of Psychosocial nursing*. Acedido a 10-06-2019. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid>

WHO (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva. Acedido a 16-03-2015. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

ANEXOS

ANEXO I - Projeto de Estágio



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PROJETO ESTÁGIO

Autora:

Anabela Santos Nº 170400152

Santarém, março de 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



7º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA

PROJETO DE ESTÁGIO

“Promover as relações sociais entre os idosos para melhor-qualidade de vida”



Autora:

Anabela Santos Nº170400152

Orientadora:

Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo

Enf.^a Cooperante:

Enf.^a Cristina Gonçalves

Santarém, março de 2019

“(...) O projeto não é uma simples representação do futuro, do amanhã, do possível, de uma ideia; é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em ato.” (Machado, 2000:6)

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Art.º - Artigo

AVC - Acidente Vascular Cerebral

AVD - Atividades de Vida Diárias

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

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

Ed. – Edição

Enf^ª- Enfermeira

ESSS - Escola superior de saúde de santarém

Et al. - entre outros

INE - Instituto Nacional de Estatística

Nº /nº - número

QAFMI - Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos

OARS - Older Americans Resources and Services Program

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

PNS - Plano Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE - Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

USF - Unidade de saúde familiar

RSL -- Revisão Sistemática da Literatura

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

p.

INTRODUÇÃO	5
1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO.....	7
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	10
3 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	16
3.1 - DENOMINAÇÃO DO PROJETO.....---	16
3.2 - OBJETIVOS.....	16
4 – PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	17
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
ANEXOS	
ANEXO I - Cronograma geral de atividades.....	31

INTRODUÇÃO

Este estágio de intervenção integra-se no 2º ano, 1º semestre do 7º Mestrado em Enfermagem Comunitária e decorre entre 4 de março de 2019 e 12 de julho de 2019, na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) DO Centro de Saúde do Entroncamento.

No início da Unidade Curricular- Estágio I foi elaborado um projeto de estágio, que decorreu entre 17 de dezembro de 2018 e 1 de março de 2019 na UCC do Entroncamento, no âmbito no diagnóstico de enfermagem comunitária sobre “Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós” com 65 anos ou mais inseridos no Programa das “Pessoas/ famílias com critérios de risco, vulnerabilidade e/ ou dependência que vivem sós” da UCC do Entroncamento, com recurso à metodologia do planeamento em saúde (OE, 2010) e ao modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman (1995).

O presente estágio II tem como referência fundamental as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (publicadas em Diário da República, 2ª Série, nº 135, pelo Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho), com o objetivo de adquirir competências nos cuidados especializados de Enfermagem em enfermagem comunitária, em contextos da comunidade e em situações de saúde e/ou de risco.

Os objetivos deste estágio II são: Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária; Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar e Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Este projeto tem como ponto de partida parte do diagnóstico de enfermagem comunitária que é o isolamento social em grau elevado e solidão em grau moderado realizado no estágio I. Desta forma, a minha intervenção tem como ponto de partida para o diagnóstico de enfermagem comunitária que consiste na ameaça das linhas de resistências, que irá abranger um grupo populacional da comunidade e outros idosos que nele queiram participar. O diagnóstico de enfermagem, no qual se fundamentará a intervenção comunitária deste projeto pressupõe a adaptação do diagrama do Modelo Betty Neuman.

Deste modo, o diagnóstico de enfermagem comunitária irá incidir no Isolamento Social em Grau elevado, considerando que 100% da população alvo referem viver sozinhos.

O isolamento social é uma questão muito complexa, que foi apontado por várias organizações mundiais (OMS 2015) e nacionais (DGS 2016) como um dos desafios para a sociedade. Devido ao seu elevado grau de complexidade, o isolamento social é um fenómeno estudado pelas Ciências Sociais, comportamentais, entre outras.

Segundo Mauritti (2011) o conceito de isolamento social está intimamente relacionado com a solidão. O isolamento refere-se à falta de ligação e apoio dentro da comunidade, enquanto a solidão é o sentimento de afastamento provocado por essa situação de vida. Os vários eventos de vida que podem gerar sentimentos de solidão e isolamento são: viuvez, institucionalização,

rotatividade pela casa dos filhos ou outros cuidadores, problemas de saúde e sensação de não ser ouvido. Por conseguinte, o isolamento social tem maioritariamente causas externas, tais como: perda ou mudança de habitação, perda de companheiro de vida e amigos e aparecimento de problemas de saúde. Enquanto, a solidão pode estar associada à perda de sentido dado pelo papel social desempenhado na vida e consequentemente o afastamento da sociedade, ficando o idoso numa posição vulnerável e afastado do meio que o rodeia (Galinha, 2010).

Os inquéritos aplicados à população em estudo revelam, que os dados nacionais vão ao encontro da realidade encontrada na UCCE.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é um profissional de saúde com maior acesso às pessoas que estão isoladas socialmente, particularmente as que não saem de casa. Esta possibilidade de contato permite-lhe realizar uma avaliação de cada caso, identificar as necessidades da pessoa e desenvolver planos de cuidados. Assim o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pode desenvolver atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis, influenciar estados emocionais e de saúde mental, como a autoestima e a autoeficácia, bem como a depressão (Nicholson, 2012).

Este projeto é composto por um enquadramento teórico e plano operacional das atividades a implementar no estágio II, com especial referência à intervenção comunitária, incluindo os objetivos, estratégias, recursos/parceiros e indicadores de avaliação com um horizonte temporal de seis meses.

Pretendo que este projeto sirva como guia fundamental da minha prática profissional, como futura enfermeira especialista, tornando-o como um orientador fundamental para a minha prática profissional ao longo da minha carreira.

1 – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DO ENTRONCAMENTO

O Centro de Saúde do Entroncamento fica situado na freguesia de Nossa Senhora de Fátima, integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), e no Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo (ACES Médio Tejo).

Tem como área de atendimento toda a população do concelho do Entroncamento, subdividindo-se por Unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC).

A UCC é definida pelo Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, Art.º 11º como uma unidade que “presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo e, atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (ARSLVT, 2016, p.1184).

As UCC são coordenadas por um enfermeiro e são constituídas por equipas multidisciplinares, com a missão de prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, intervindo na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, em articulação com as restantes unidades funcionais.

Mais especificamente na UCCE a equipa multidisciplinar é constituída por: seis Enfermeiros: duas Especialistas em Enfermagem Comunitária (incluindo Enfermeira Coordenadora); dois Especialistas em Reabilitação, uma Pós-graduação em Saúde Familiar e uma Pós-graduação em Cuidados Paliativos, 1 Psicóloga (apoio na ECCI e núcleo de apoio de crianças e jovens), um Assistente técnica e uma Técnica de serviço social (apoio nos casos sociais: um dia por semana - segunda-feira).

A UCCE funciona das 8h às 20h de 2ª a 6ª feira e das 9h às 17h aos sábados, domingos e feriados.

O plano de ação da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (UCCE) está centrado na intervenção nos grupos e comunidades, esta desenvolve várias atividades em diferentes programas e dirigidos a grupos etários distintos, tendo por base o plano de ação (2018) aplicado na UCCE, existem os seguintes programas em desenvolvimento:

- *Programa Nacional de Saúde Escolar*: Intervenção em todas as escolas no desenvolvimento de projetos de educação para a saúde, no âmbito da alimentação saudável/prevenção da obesidade, da educação sexual e dependências;

- *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*: As atividades de planeamento familiar são, nesse contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados de saúde reprodutiva e nessa perspetiva, a consulta de planeamento familiar. Assim o programa nacional de Saúde Reprodutiva compreende dois parâmetros: a preparação para a parentalidade e a recuperação pós-parto;

- *Projeto de intervenção em visita domiciliária a famílias de risco*: Apoiar as famílias com necessidades específicas (acompanhamento, formação e programas adequados à situação de risco diagnosticada).

- *Rede social*: Fórum de articulação e congregação de esforços baseada na livre adesão por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar, embora a sua participação deva ser suscitada, de forma a concertar esforços com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. A rede servirá para otimizar as diferentes capacidades de resposta e adotar medidas de política social, sem criar novos serviços nem aumentar significativamente as despesas ou a intervenção do Estado, uma vez que a solidariedade constitui um dever de todos os cidadãos.

- *Programa REVIVER*: Impacto na inserção de pessoas com doença mental e psiquiátrica, iniciando-se em maio de 2010, a sua inserção nas classes de ginástica, hidroginástica e passeios pedestres. Com o objetivo da promoção da qualidade de vida nas pessoas adultas e idosas.

- *Espaço saúde*: Difusão da informação em saúde, através do trabalho em parceria com todas as entidades da comunidade. A articulação com o conselho clínico do ACES Serra D'Aire é fundamental para validação dos conteúdos e harmonização da informação em saúde dos profissionais. Com o objetivo de promover a saúde da comunidade.

- *Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)*: Equipa multidisciplinar, que presta cuidados domiciliários de enfermagem, médicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, ou outros, a pessoas que tenham perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, bem como aos cuidadores formais e informais dos mesmos, residentes no concelho do Entroncamento. Com os seguintes objetivos: Proteger e promover a saúde do cliente; Prevenir complicações decorrentes do seu estado de saúde; Responder às necessidades de saúde identificadas, percecionadas e expressas; Facilitar a manutenção e desenvolvimento da autonomia do cliente; Promover a inserção social; Participar na execução do esquema terapêutico prescrito; Estimular os clientes na adoção de novas capacidades, promovendo o seu autocuidado; Promover a participação da família e outros recursos no processo de cuidar; Proporcionar a permanência do idoso na sua habitação com mais qualidade; Fomentar a articulação entre os vários serviços intervenientes; Proporcionar à família a diminuição da sobrecarga de prestação de cuidados; Participar na formação de técnicos, ajudantes domiciliários, voluntários e outros e dar suporte à família no processo de luto.

- *Projetos de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e/ou dependência e seus familiares/cuidadores*: A necessidade de ajudar as pessoas e as suas famílias a gerirem a terapêutica tem vindo a ganhar uma expressão preocupante, incluindo: Pessoas em situação de risco, vulnerabilidade e/ou dependência que abandonam, recusam ou descontinuem de forma reiterada a toma da terapêutica; Polimedicados (duplicação de medicamentos com o mesmo princípio ativo, automedicação sistemática sem aconselhamento médico); Pessoas que não sabem ler e/ou com capacidade para gerir a toma da medicação; Pessoas com doença mental e

psiquiátrica identificadas e/ou referenciadas pelos parceiros da comunidade e pelos profissionais das equipas funcionais do centro de saúde do Entroncamento.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Portugal depara-se atualmente com uma realidade que, embora comum à maioria dos países europeus, começa a ganhar um impacto social relevante, isto é, baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com aumento significativo do número de idosos no conjunto da população total do país.

Em relação à realidade portuguesa, o estudo “Envelhecimento Português – Desafios Contemporâneos” conclui que os idosos a viver sós são os que, de um modo geral, possuem as piores condições de vida, entre estes, os homens surgem em posição mais desfavorável. É patente que curar e cuidar implica mais custos do que prevenir, portanto a nível do orçamento pessoal e público, combater o isolamento social e os seus efeitos nefastos pode trazer benefícios não só ao nível pessoal, como da comunidade e ainda do erário público em toda a sua amplitude (Soeiro, 2010).

Conforme os últimos dados da PORDATA (2017) fornecidos pela Base de dados Portugal Contemporâneo, estimavam que em 2017 a população com 65 anos de idade ou mais era de 2.194.957 habitantes correspondendo a 21,3% da população total em Portugal. De acordo com os dados analisados conseguimos compreender que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo dos anos. No ano de 2016 o índice de envelhecimento era de 148,7%, já para ano de 2017 o índice de envelhecimento apresentava um valor de 153,3% (PORDATA, 2019). Podemos assim concluir, que apenas, num ano o índice de envelhecimento teve um aumento de 4,6%, sendo que o Instituto Nacional de Estatística define o envelhecimento demográfico como “o aumento da proporção das pessoas idosas na população total” (INE, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente, do género ou estado de saúde. Ainda segundo, a mesma fonte, o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, em que se prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento e que 75% desta população vive nos países desenvolvidos (OMS, 2001).

Deste modo, importa desenvolver novas estratégias para combater as dificuldades deste grupo de idosos, assim como promover a qualidade de vida e de bem-estar dos mesmos ao longo do seu ciclo de vida.

Segundo a DGS (2008) a promoção de um envelhecimento saudável refere-se a múltiplos setores, “ (...) que envolvem, nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus” (DGS, 2008, p.5).

No entanto, o fator cronológico não é o único fator que influencia o processo de envelhecimento (Espadaneira, 2008). O processo de envelhecimento pode ser condicionado por diversos fatores, entre eles: situações de doença, problemas familiares, a reforma, emoções ou

vivências, em que a aceitação deste processo pela pessoa idosa pode condicionar o envelhecimento saudável. (Castilho, 2010).

O envelhecimento saudável e ativo apresenta-se como um desafio à sociedade global e abrange variados setores, no caso da saúde e em particular nos cuidados de saúde primários (CSP). Em resposta a este desafio é preciso atuar na implementação e melhoria de estratégias e intervenções, garantindo a capacidade de mobilizar respostas, que vão ao encontro das necessidades específicas do idoso isolado. (EuroHealthNet, 2012).

Apesar da sua complexidade, o isolamento social é definido no Breve Dicionário de Sociologia e segundo Pité (2004, p.79) como "uma maior ou menor limitação de relações sociais de grupo ou indivíduos perante a vida ativa e social de uma sociedade, caracterizado pela ausência ou limitação de comunicação com os outros, mesmo sem privação física". Esta abordagem sociológica revela, que o isolamento é um problema não só individual, mas sim, social. Sem ligações sociais o indivíduo fica numa posição de fragilidade e vulnerabilidade perante si próprio e o meio onde está inserido.

Na perspetiva da Enfermagem, segundo de Nicholson (2012), o isolamento social é considerado o estado de necessidade ou desejo não realizado de contacto com outros, o indivíduo sente-se excluído socialmente, falta-lhe o envolvimento com os outros, apresenta um número mínimo de contactos sociais, que são insuficientes como relacionamentos gratificantes e de qualidade.

A nível de saúde pública, o isolamento social não é apenas consequência de problemas de saúde, mas também causa desses mesmos problemas de saúde (WHO, 2014).

Deste modo, são importantes os exemplos dessas situações pela sua prevalência as entidades clínicas na depressão bem como nos fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas. Por conseguinte, não surpreende que na União Europeia, a mortalidade por suicídio é frequente a partir dos 65 anos de idade, conforme revelam Ferrinho, Bugalho e Pereira, (2001). Além das doenças do foro psicológico, existem dados científicos, que provam, que o isolamento social tem efeitos negativos sobre a saúde, sendo associado com a mortalidade por doença coronária/AVC, hospitalização recorrente, quedas e baixo nível cognitivo. Os idosos que vivem isolados apresentam riscos mais elevados de assumirem comportamentos prejudiciais, tais como, consumo elevado de álcool ou hábitos alimentares deficitários.

Para Berkman, Glass, Brissette e Seeman, (2000), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais que fazem toda a distinção entre saúde e doença. O isolamento social traz consequências sobre a morbilidade, mortalidade, longevidade e a esperança de vida, afetando todo o processo de envelhecimento, podendo ainda provocar a falta de cumprimento de um tratamento de saúde ou gerar comportamentos de risco, como alimentação deficitária, consumo de álcool exagerado, tabagismo e atividade física fraca ou ausente.

O isolamento social compromete a saúde, pois está associado ao declínio do bem-estar físico e mental, com consequências para a esperança de vida. Como resultado deste declínio,

pode surgir desnutrição, diminuição do funcionamento cognitivo, patologias mentais, aumento do risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, depressão e suicídio WHO (2014).

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).

O isolamento social tem como resultado a diminuição da capacidade funcional, estas interferem nas atividades da vida diária e na participação social, sendo fatores de risco relevantes para o surgimento dos quadros depressivos (Netto, 2002). Como sinal de depressão o idoso apresenta frequentemente desmotivação. Esta está relacionada com a dependência física, com o isolamento social e a tristeza (Thomas *et al.*, 1999).

A população mundial de idosos aumenta continuamente e a solidão afeta a qualidade de vida da mesma. A diminuição do convívio entre outras pessoas, bem como a diminuição do contato social, faz com que a atividade da vida diária da população idosa fique afetada (Litvoc & Brito, 2004).

O sofrimento dos mais idosos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais angustiantes e problemáticas a que se torna urgente reverter. Este sentimento não acontece só em casos de idosos, que vivem isolados, mas também no seio das suas próprias famílias e instituições. Estes locais, onde inicialmente se poderia pensar não existir tal sentimento, são por vezes lugares onde os idosos sentem uma grande falta de comunicação, participação social e afetiva. Solidão e isolamento não são sinónimos, embora o isolamento possa influenciar o aparecimento da solidão. O carácter multidimensional destes dois fenómenos tem criado alguma dificuldade na sua concetualização (Freitas, 2011).

A solidão é definida como um sentimento angustiante que acompanha as divergências entre os desejos e as reais relações sociais. Vários estudos comprovam, que os sentimentos de solidão vaticinam a mortalidade, a depressão, alterações do sono e saúde mental (Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar 2010).

A solidão provoca sentimentos de tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência do idoso. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande flagelo nos idosos (Aylaz *et. al.*, 2012).

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como os maiores problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate aos mesmos, dando uma grande relevância ao papel dos CSP na prevenção destes fenómenos presentes na população idosa (CEPCEP, 2012 e WHO, 2014).

Os Centros de Saúde enquanto principais unidades prestadoras de CSP, são colocados na primeira linha de promoção da saúde e prevenção da doença, cabendo aos mesmos implementar e pôr em prática as estratégias delineadas a nível mundial e nacional (Crisp, 2014 e Lopes, 2009). Desta forma cabe ao enfermeiro dos CSP desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família, da respetiva comunidade e mais especificamente na prevenção do isolamento social e solidão no idoso (OE, 2010).

Nesse sentido, a educação/formação pode desempenhar um papel crucial no sentido de facilitar aos profissionais de saúde a identificarem os sinais e sintomas de isolamento social e solidão na população idosa, bem como identificar os indivíduos em risco, evitando uma situação de grande vulnerabilidade. Seja qual for o nível de formação/educação, todos os profissionais de saúde devem estar atentos e motivados para as evoluções sociais e realidades emergentes na sua área de atuação.

As intervenções diretas abrangem ações de formação sobre a saúde dirigidas ao público idoso, como são exemplo disso as atividades físicas de baixa intensidade. Está comprovado cientificamente, que praticar exercício moderado, particularmente em grupo, reduz os níveis de solidão, depressão e ansiedade (Ribeiro e Paúl, 2011). Nesta área, o enfermeiro pode solicitar a colaboração de um terapeuta físico ou profissional de reabilitação, caso exista no centro de saúde onde desenvolve a sua atividade. O enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para apresentar informação sobre os benefícios de outros tipos de atividades, como é o exemplo dos momentos de lazer interpessoais.

As intervenções indiretas servem para identificar e prevenir o isolamento social, tal como estimular e até conduzir as iniciativas de grupo. Estas iniciativas contribuem para desenvolvimento de relações interpessoais e no desenvolvimento das redes sociais dentro da própria comunidade.

Neste aspeto, a abordagem integral e multidisciplinar é crucial. O enfermeiro tem que criar ligações profissionais com todas as instituições da comunidade que atuam na área dos idosos: serviços sociais das autarquias, instituições de solidariedade social, bancos de voluntários, associações desportivas, dinamizadores de atividades de aprendizagem informal, etc.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é centrada na comunidade. Este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

Segundo o Artigo 2º do **Regulamento nº 428/2018** – Diário da República nº 135/2018, Série II de 2018-07-16, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são: Estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde de uma comunidade; Colaborar de forma a capacitar grupos e comunidades; Integrar e coordenar Programas de Saúde de forma a atingir os objetivos estipulados no Plano Nacional de Saúde; Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica por área geográfica onde atua.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é um profissional de saúde com maior acesso às pessoas, que estão isoladas socialmente, particularmente as que não saem de casa. Este contacto de proximidade confere-lhe a possibilidade de realizar uma avaliação de cada caso e identificar as necessidades das pessoas, bem como desenvolver planos de cuidados. Desta forma, o enfermeiro especialista tem a possibilidade de desenvolver atividades de promoção de hábitos de vida saudáveis; influenciar estados emocionais, como a autoestima, saúde mental, autoeficácia e depressão (Nicholson, 2012).

O enfermeiro comunitário pode atuar como elo de ligação de informação, que promove oportunidades, de forma a melhorar o estado de saúde da população idosa. De acordo com a sua formação e, com sua proximidade da população idosa, pode sempre servir de impulsionador e conselheiro para hábitos e atividades de vida saudáveis. Um enfermeiro presente e informado sobre as atividades e serviços sociais disponíveis dentro da comunidade, pode fazer a diferença na vida duma pessoa idosa e isolada. O enfermeiro comunitário poderá desta forma encaminhá-la e acompanhá-la para uma solução existente dentro da comunidade.

Em 1986 em Ottawa foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a “Carta de Ottawa”. Esta vem reafirmar a importância da promoção à saúde e refere os aspetos sociais sobre a saúde de cada indivíduo, caracterizando-se num processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. A Carta de Ottawa faz referência à educação para a saúde como parte integrante da promoção à saúde abrangendo um conjunto de estratégias. Deste conjunto de estratégias vamos focar-nos em particular sobre o reforço da ação comunitária, o *empowerment*, que consiste na implementação de ações e recursos existentes na comunidade, de forma a desenvolver a capacitação do indivíduo como responsável pela sua própria saúde. A capacitação consiste em que cada indivíduo intensifique e, desenvolva as suas aptidões para o seu próprio desenvolvimento pessoal. Este pode ser conseguido através da divulgação de informação, realização de sessões de educação para a saúde e qualquer outro estímulo que promova aquisição de conhecimentos para a alteração do comportamento de cada indivíduo (Heidmann, Almeida, Eggert, Wosny & Monticelli, 2006).

De acordo com Nutbean e Haris (2005) citado por Pinto (2010), o uso de teorias na implementação de programas para a promoção da saúde contribui para o desenvolvimento do indivíduo, pois permite, que a equipa compreenda a dimensão do problema, as necessidades e as motivações da população. Para desta forma, elaborar uma avaliação mais apropriada dos métodos a aplicar nos programas de intervenção e alcançar as mudanças desejadas.

Como suporte na intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária utilizamos o Modelo Teórico de Betty Neuman pois possibilita uma visão multidimensional dirigida à unidade total, a qual pode ser usada para descrever um indivíduo, um grupo ou uma comunidade (Neuman, 1995). O modelo preconizado por Neuman tem um foco holístico no Modelo de Sistemas, sendo, a enfermagem considerada um sistema pois a sua prática contém variáveis em interação. Assim, a estrutura da Teoria consiste num modelo de sistemas abertos composto principalmente por *stressores*, reação aos *stressores* e indivíduo, em interação com o ambiente (Neuman, 1995).

No que se refere ao conceito de saúde, esta é considerada por Neuman de natureza dinâmica e sujeita constantemente à mudança. Assim, “o bem-estar (...) indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas” (Neuman, 1995, citado por Tomey e Alligood, 2004, p.340). Deste modo, o ideal é conseguir obter o equilíbrio entre os sistemas.

3 – PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

3.1.- DENOMINAÇÃO DO PROJETO

O projeto de intervenção comunitária tem como tema “*Promover as relações sociais entre os idosos para uma melhor qualidade de vida*” e pretende diminuir ou mitigar o isolamento social e a solidão, com base em estratégias de intervenção assentes na proximidade entre os indivíduos visados e os profissionais, que trabalham no UCCE. Esta proximidade irá facilitar e assegurar o acesso a iniciativas e atividades benéficas para a saúde.

De modo a garantir a prevenção da doença e promoção da saúde, para incrementar a capacidade de gestão do seu estado de saúde pessoal, é preciso implementar programas educacionais que fortalecem a capacitação da pessoa, família e da comunidade. A mudança é um processo difícil e demorado que requer investimento; não só no sentido de transmitir dados técnicos (o que mudar, porquê mudar), mas também estratégias de transição, adaptação e adoção de novos e melhores hábitos na sua vida quotidiana.

O presente projeto pretende, resolver as prioridades de saúde identificadas, com especial ênfase na questão do isolamento social. Pretende ainda, melhorar a atuação dos enfermeiros no sentido de prevenir e reduzir o impacto negativo inerente ao estado de isolamento social.

3.2 - OBJETIVOS

Estabelecer objetivos é um passo crucial no planeamento em saúde, uma vez que este passo é imprescindível para a avaliação dos resultados obtidos da intervenção planeada e implementada. (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim sendo, os autores salientam ainda a necessidade de transpor o objetivo geral em objetivos operacionais, uma vez que a capacidade de os alcançar revela a capacidade de atingir o objetivo principal. Por conseguinte, estabelecem-se os seguintes objetivos específicos no plano operacional.

O estágio terá uma dimensão temporal de 18 semanas. Este tempo será dedicado à realização das atividades apresentada no plano operacional das atividades, a desenvolver no Anexo I (cronograma de atividades).

4 – PLANO OPERACIONAL DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER.

Área de Intervenção Individual: Idosos em Isolamento social em grau elevado e Solidão em grau moderado.

População Alvo: 16 idosos que vivem sós

Objetivos Gerais:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.

UNIDADES DE COMPETÊNCIAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
G1.3 Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecida.	Conhecer a UCC do Entroncamento (UCCE) e Equipa Multidisciplinar.	Reunião de apresentação na UCCE, com Enf ^a Cooperante da UCCE; Professora Maria do Carmo Figueiredo; Anabela Santos; Cátia Gonçalves. Apresentação da Equipa Multidisciplinar; Conhecer as Instalações da UCCE; Conhecer as Áreas de Intervenção da UCCE; Consultar o Plano de Ação da UCCE.	UCCE	Enf ^a Cooperante da UCCE; Professora Maria do Carmo Figueiredo; Anabela Santos; Cátia Gonçalves.	6 de março de 2019 a 15 de março de 2019	Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio II; Número de intervenções individuais propostas para cada aluno; Nº de projetos onde serão integrados os alunos.

<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>	<p>Identificar áreas de atuação para a implementação de um projeto de intervenção individual, considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado.</p>	<p>Reunião com Enf^a Cooperante para partilha de ideias em relação as necessidades da UCCE;</p> <p>Reunião com Enf^a Cooperante e Professora M^a do Carmo para partilha de ideias no sentido de aferir o tema do projeto de intervenção de cada aluno.</p>	<p>UCCE</p>	<p>Enf^a Especialista Cooperante da UCCE; Professora M^a do Carmo Figueiredo; Anabela Santos; Cátia Gonçalves.</p>	<p>15 de março de 2019</p>	<p>Número de propostas para desenvolver no projeto individual;</p> <p>Número de intervenções estabelecidas para o projeto individual;</p> <p>Documento produzido com o planeamento das intervenções.</p>
<p>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p>	<p>Elaborar um projeto de intervenção individual considerando o diagnóstico de enfermagem comunitária.</p>	<p>Definição do plano de ação: Plano de atividades e cronograma;</p> <p>Validação do planeamento da intervenção com Enf.^a Cooperante, Professora e parceiros envolvidos e aferição da operacionalização do mesmo;</p> <p>Participação em reuniões com a coordenadora da UCCE e Enf^a Cooperante, no sentido de estabelecer parcerias para a construção e implementação do projeto.</p>	<p>UCCE</p>	<p>Anabela Santos;</p> <p>Enf^a Especialista Cooperante da UCCE;</p> <p>Parceiros.</p>	<p>12 de março 2019 a 04 de abril de 2019</p>	<p>Resultados da validação do planeamento da intervenção;</p> <p>Número de parcerias efetuadas</p> <p>Documento com proposta de atividades com o grupo de idosos e parceiros.</p> <p>Nº de propostas resultantes da reunião;</p> <p>Nº de parceiros</p>

						envolvidos no projeto.
G2.1. Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.	Divulgar aos parceiros locais sobre os principais problemas de saúde e recursos comunitários dos idosos do concelho do Entroncamento	<p>Reunião, através de sessão pública aos parceiros locais, sobre os resultados obtidos no diagnóstico de saúde realizado à população;</p> <p>Mobilizar todos os parceiros para as atividades a desenvolver, apelando à participação de todos ativamente;</p> <p>Mobilizar os elementos da equipa da UCCE;</p> <p>Criação de momentos de discussão e partilha de opiniões acerca dos resultados obtidos.</p>	UCCE	<p>Equipa Multidisciplinar da UCCE;</p> <p>Anabela Santos;</p> <p>Todos os parceiros da UCCE;</p> <p>Apoio dos meios audiovisuais (Computador, Data Show).</p>	12 de março de 2019 a 30 de abril de 2019	<p>Número de propostas produzidas na reunião para desenvolver ao longo do estágio;</p> <p>Número de parceiros que participaram;</p> <p>Número de elementos da equipa da UCCE.</p>
G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	Realizar a Scoping Review de acordo com a problemática definida.	<p>Elaboração da questão de investigação, objetivos e restantes protocolos da RSL para ir ao encontro da melhor evidência científica;</p> <p>Obter evidências científicas que guiem uma resposta mais adequada ao diagnóstico de enfermagem formulado, segundo a área de atuação.</p>	UCCE ESSS; Outros contextos.	Anabela Santos.	26 de março a 25 de abril de 2019.	<p>Protocolo produzido ao longo da Scoping Review;</p> <p>Número de artigos finais para analisar em resposta à pergunta de investigação.</p>

<p>G1.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e ciências humanas e sociais.</p>	<p>Divulgar o projeto de intervenção à comunidade.</p>	<p>Apresentação e discussão do projeto de intervenção à Enfª Coordenadora da UCCE e Enfª Cooperante, Professora, parceiros e Comunidade;</p> <p>Divulgação em órgãos de informação locais das atividades a serem desenvolvidas;</p> <p>Elaboração e distribuição de panfletos informativos na comunidade;</p> <p>Convocação dos idosos para as sessões e outras atividades;</p> <p>Motivar a população em estudo para a participação no projeto.</p>	<p>UCCE; Outros contextos.</p>	<p>Professora M^a do Carmo; Enfª Cooperante da UCCE; Anabela Santos; Parceiros; Idosos.</p>	<p>1 de abril de 2019 a 31 de maio de 2019</p>	<p>Número de propostas produzidas na reunião;</p> <p>Nº de sessões de divulgação na rádio e jornal;</p> <p>Número de panfletos informativos alusivos às sessões;</p> <p>Número de idosos convocados para as sessões.</p>
--	--	--	------------------------------------	---	--	--

<p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania</p> <p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>Implementar o projeto de intervenção.</p>	<p>Sessão de Educação para a saúde; Temáticas a desenvolver nas sessões de educação para a saúde: Isolamento Social e solidão; Recursos da comunidade de forma a promover a interação social.</p> <p>Elaboração dos planos das sessões: 1ª Sessão: "Isolamento Social nos idosos"; 2ª Sessão: "Solidão nos idosos"; 3ª Sessão: "Recursos da Comunidade para os idosos".</p> <p>Execução das sessões de educação para a saúde;</p> <p>Proporcionar informação sobre formas de prevenção de isolamento e solidão;</p> <p>Realização de um Poster alusivo à temática do Isolamento Social e Solidão;</p>	<p>UCCE; Outros contextos.</p>	<p>Equipa Multidisciplinar da UCCE; Anabela Santos; Parceiros da UCCE; Idosos Professora M^a do Carmo Figueiredo; Enf^a cooperante da UCCE.</p>	<p>22 de abril de 2019 a 8 de junho de 2019</p>	<p>Nº de folhetos efetuados e distribuídos aos participantes; Taxa de adesão de idosos que participaram em cada sessão; Número de posters efetuados Número de artigos publicados; Partilha de experiências na mudança de comportamento relativamente ao isolamento social; Taxa de adesão às atividades em grupo.</p>
---	--	---	------------------------------------	---	---	---

		<p>Realização de um artigo de informação, sensibilização e divulgação: "Isolamento social e solidão nos idosos";</p> <p>Publicação do artigo realizado anteriormente no jornal sobre "Isolamento social e solidão nos idosos";</p> <p>Organizar uma caminhada com os idosos de forma a proporcionar a partilha de experiências de vida.</p>				
<p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção.</p>	<p>Processo reflexivo ao longo do projeto;</p> <p>Realizar ficha de avaliação das sessões;</p> <p>Elaboração de ficha de satisfação acerca da prestação dos formadores/educadores;</p> <p>Comparação dos resultados do projeto com outros estudos já realizados.</p>	<p>UCCE.</p>	<p>Enf^a Cooperante da UCCE;</p> <p>Professora M^a do Carmo Figueiredo;</p> <p>Anabela Santos.</p>	<p>22 de abril de 2019 a 8 de junho de 2019</p>	<p>Documento produzido sobre o processo de implementação do projeto;</p> <p>Avaliação de processo na fase intermedia e final da intervenção comunitária;</p> <p>Taxa de participantes que avaliem as sessões.</p>

<p>G2.1. Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p>	<p>Participar nos programas e projetos desenvolvidos na UCCE.</p>	<p>Participar com Enfa cooperante nas atividades da UCCE.</p>	<p>UCCE; Outros contextos.</p>	<p>Enfa cooperante da UCCE; Equipa da UCCE; Anabela Santos.</p>	<p>No decorrer do estágio.</p>	<p>Feedback da Comunidade e dos profissionais de saúde da UCCE. Número de documentos produzidos em cada projeto integrado</p>
--	---	---	------------------------------------	---	--------------------------------	--

Objetivos Gerais:

- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e saúde familiar.

<p>G2.1. Lidera processos com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p>	<p>Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.</p>	<p>Participação em seminário intercalar</p> <p>Análise dos resultados das intervenções</p> <p>Realização do Relatório de Estágio</p> <p>Participação em seminário final</p> <p>Discussão de resultados</p>	<p>UCCE; ESSS.</p>	<p>Anabela Santos.</p>	<p>No decorrer do estágio.</p>	<p>Documento produzido como Relatório final de Estágio.</p>
--	---	--	------------------------	------------------------	--------------------------------	---

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto serve como “guião” e mapa de percurso para o caminho que pretendemos percorrer, constituindo uma referência constante, com relevância na fase seguinte de avaliação.

O relatório da OMS de (2005) refere que, na maior parte das vezes, os indivíduos que têm dificuldades em experienciar a sensação positiva de bem-estar, de ligação com os outros, de sentir que não vivem sós, revelam uma disfuncionalidade dentro da própria comunidade.

Neste ponto do percurso académico e científico baseado em evidências, que apresentámos neste trabalho, podemos concluir que o isolamento social e a solidão afetam a saúde negativamente da pessoa e da sociedade. Tendo em conta que os profissionais de saúde trabalham para manter e promover a saúde humana, conhecer as várias dimensões do isolamento social, torna-se num desafio fulcral, particularmente para quem desenvolve a sua atividade na vertente da enfermagem e saúde comunitária. Os enfermeiros beneficiam de acesso privilegiado às pessoas em risco ou já atingidas por esta vulnerabilidade, por conseguinte desempenham um papel crucial na avaliação, prevenção e atuação a nível dos seus efeitos prejudiciais na saúde.

A população idosa depara-se com desafios crescentes e inerentes ao estado de velhice, pelo que as redes sociais são fundamentais para atenuar essas dificuldades e promover o bem-estar e qualidade de vida (Paúl, 2005; WHO, 2009).

Devido à sua posição privilegiada de contacto e fácil acesso à comunidade, os CSP têm vindo a ganhar destaque e relevância no seu papel de melhorar a saúde da população.

Este projeto apresenta um elevado grau de interesse para a comunidade a que se dirige, graças aos objetivos ambiciosos, nomeadamente introduzir mudanças num grupo significativo de pessoas. Contudo, sabemos que na comunidade é possível encontrar uma realidade complexa e em perpétua mudança, que exige capacidade de adaptação, flexibilização, e a necessidade de ajustar o plano aos desafios inesperados. Desafios esses que, tentarei ultrapassar com a colaboração de outros profissionais de saúde e através de parcerias com entidades locais privadas ou públicas.

Espero conseguir ajudar de maneira construtiva para a capacitação da população idosa da comunidade e a nível mais abrangente, da comunidade em geral. Desejo igualmente, que este meu projeto se concretize numa nova etapa na comunidade idosa da UCC do Entroncamento, não apenas num estudo, mas num novo percurso que se traduza numa vida mais longa e de melhor qualidade para população idosa.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., and Aslan, H. (2012). *Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 55(3), 548-554.
- Berkman, Lisa F., Glass, Thomas, Brissette, Ian, Seeman, Teresa E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. *Social Science and Medicine* (51), 843-857.
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em: http://www.gren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento ativo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do Castelo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem. Acedido em 19 de março de 2019 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4>
- Crisp, L.N. (2014). *The future for health: everyone has a role to play*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Decreto-Lei n.º 28/2008. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República n.º 38, I Série, 22 de fevereiro de 2008. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei nº 161/96. Os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).
- Despacho n.º 6860/2018. 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 nº 135, II Série, 16 de julho de 2018. Ministério da Saúde. Lisboa.

DGS. (2008). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Espadaneira, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer*. In *Ajudas.com*. acessado a 19 de março de 2019 em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

EuroHealthNet (2012) *Healthy and active ageing*. Bruxelas: The federal centre for health education
Acedido a 20-02-2019. Disponível em: <http://www.healthyageing.eu/sites/www.healthyageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf>

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Porto.

Ferrinho, P., Bugalho, M., Pereira M. J., (2001) *For Better Health in Europe. Report with the support of the European Commission*, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Freitas, P.C. B. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social - II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.

Galinha, S. A. (2010). *Criar - Comunicar - Participar com Adultos e Idosos para uma Pedagogia*. Santarém: Edição Portuguesa.

Gonçalves, C. & Carrilho, M. (2007)). *Envelhecimento Crescente, mas especialmente desigual*. Revista de Estudos Demográficos, 40, 21-37

Heidmann, I.; Almeida, M.; Eggert, A., Wosny, A. & Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica e suas concepções*. In Sistema de informacion científica redalyc. Acessado a 18 de março de 2019 em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2>.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição, Lisboa: ENSP.

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014). *Portugal em Números 2012*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Acedido a 19 de março de 2019 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpuboui=214351093&PUBLICACOESmodo=2;

Litvoc, J. e Brito, F. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.

Lubkin, I., Larsen, P. (2006). *Chronic Illness impact and interventions*. 6th edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers

Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais CIES, ISCTE-JUL

Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Stanford: Appletom e Lange.

Nicholson, N. (2012) *A review of Social Isolation: an important but Underassessed Condition in older adults*. The Journal of Primary Condition, 31 (1-2)

Observador (2014). Quem são e como vivem os idosos em Portugal. Acedido em 18 de março de 2019 em <https://observador.pt/2014/09/30/quem-sao-e-como-vivem-os-idosos-em-portugal/>

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Classificação Internacional para a prática da Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

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

Pinto, A (2010). *As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: Uma análise das suas ações no município de Marília-SP*. Dissertação de Mestrado. In *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*. Acedido a 18 de março de 2019 em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/.../Adriana_Avanzi.pdf

Pité., J. (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença.

PORDATA (2019). População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário. Acedido em 19 de março de 2019 em <https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-137>

PORDATA (2019). Indicadores de envelhecimento. Acedido em 19 de março de 2019 <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento>

Portal do envelhecimento (2014). Em Portugal, 400 mil idosos vivem sozinhos. Acedido em 18 de março de 2019 em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/em-portugal-400-mil-idosos-vivem-sozinhos/>

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Soeiro, M. A. S. (2010). *Envelhecimento Português- Desafios Contemporâneos – Políticas e Programas Sociais*. Dissertação Mestrado em Ciências Políticas e Relações Internacionais, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, Portugal.

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição, Loures: Lusociência.

Thomas, P. *et al.* (1999). *More tolerance in management of unmotivated elderly family members*. *Praxis*, 6 (88), pp. 223-232.

Alves, T. M. G. (2013). *Alterações climáticas: Cenários socioeconómicos para a Ria de Aveiro* (Master's thesis, Universidade de Aveiro). Retrieved from <http://ria.ua.pt/handle/10773/12141>

Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). *Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. International Journal of Older People Nursing. 282-288.

World Health Organization (2009). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2014). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO I – Cronograma geral de atividades

CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES

Ano		2019																			
Atividades	Mês	março				abril				maio				junho				julho			
	Semanas	o	a	a	a	a	a	a	o	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a		
Introdução ao Estágio																					
Apresentação da Equipa Multidisciplinar																					
Conhecer as Instalações da UCC do Entroncamento																					
Reunião com a Enfermeira Cooperante Cristina Gonçalves																					
Reunião com a Enfermeira Cooperante Cristina Gonçalves e a Professora Orientadora Maria do Carmo																					
Elaboração do projeto Individual de Intervenção Comunitária																					
Entrega do Projeto Individual de Intervenção Comunitária																					
Divulgação do projeto																					

Reunião com os parceiros para divulgação do projeto Intervenção																			
Pesquisa Bibliográficas																			
Planeamento das Intervenções																			
Implementação das intervenções																			
Elaboração do Relatório de Estágio																			
Seminário. Intercalar na ESSS																			
Seminário. Final na ESSS																			
Entrega do Relatório de Estágio																			
Preparação para Discussão do Relatório																			
Discussão Individual do Relatório de Estágio na ESSS																			

 3ª semana de abril - de 15 de abril a 19 de abril de 2019 - Pausa letiva da Páscoa

ANEXO II - Questionário OARS *Older Americans Resources and Services Program* -
Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos



38017

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

2. Número de filhas e filhos vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (*não perguntar*)

4. Que estudos completou?

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (*tolerância de 1 dia*)
 2. Que dia da semana é hoje?
 3. Como se chama esta localidade?
 4. Qual é o seu número de telefone?
 4a. Qual é o seu endereço? (*só se não tem telefone*)
 5. Quantos anos tem? _____
 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____
 7. Como se chama o actual Presidente da República?
 8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
 9. Qual o seu apelido ou nome de família?
 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2; *tolerância de 1 erro*)

Número de respostas erradas: _____

Número de respostas certas: _____

**SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA
OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).**



38017

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a
- NS/NR

7. Quem vive consigo na sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Vive sozinho/a
- Cônjuge
- Filhos/as
- Netos/as
- Pais ou sogros
- Irmãos ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si *(sem ser familiar)*
- Outros. Especificar _____

8. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

Nº _____ (99 se NS/NR)

9. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? *(se não tem telefone mantém-se a pergunta)*

Nº _____ (99 se NS/NR)

10. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram para fazer algo juntos?

Nº _____ (99 se NS/NR)

11. Tem alguém em quem possa confiar?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Sente-se sozinho/a?

- Muitas vezes/ sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca/ nunca
- NS/NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim
- Não
- NS/NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? *(refere-se a ajuda social, não económica)*

- Sim
- Não *(----> P 15)*
- NS/NR

14a. Há sempre alguém que possa cuidar de si?

- Sempre que necessário *(tanto tempo quanto necessário)*
- Por pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- Às vezes *(levar ao médico, preparar uma refeição, etc...)*
- NS/NR

14b. Quem são essas pessoas?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão/ãs
- Filhos/as
- Netos/as
- Outro parente
- Amigo
- Outros. Especificar _____



38017

RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

15. A sua actividade actual é:

- Trabalha a tempo completo
 Trabalha a tempo parcial
 Reformado por idade
 Reformado por invalidez
 Desempregado à procura de trabalho
 Desempregado sem procurar trabalho
 Outros. Especificar _____

- Subsídio por assistência a terceira pessoa €
 - Suplemento de pensão a grandes inválidos €
 - Pensão social €
 - Pensão de viuvez €
 - Complemento social €
 - Pensão de reforma social €
 - Outras pensões provenientes de fundos profissionais €
 - Pensão de alimentos (em caso de separados ou divorciados) €
 - Pensão por filhos deficientes €
 - Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) ... €
 - Outros. Especificar €

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?

- Nunca esteve empregado/a
 Doméstico/a
 Trabalhou por conta própria
 Trabalhou por conta de outrém
 NS/NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

- Sim
 Não (----> P 18)
 Não aplicável (----> P 18)
 NS/NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?

- Doméstico/a
 Trabalhou por conta própria
 Trabalhou por conta de outrém
 NS/NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

- Do emprego ou negócio €
 - Rendimentos de capital (investimentos, contas poupança, fundos de pensões) e rendas de património €
 - Pensão de invalidez €
 - Pensão de sobrevivência €
 - Pensão de velhice €
 - Pensão unificada €
 - Complemento de pensão por cônjuge a cargo €
 - Subsídio de acompanhante €

19. Quantas pessoas vivem desses

rendimentos? (número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos)

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
 Não (----> P 20b)
 NS/NR

20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?

- Renda €
 Empréstimo ou hipoteca €
 Não, vive em casa cedida gratuitamente
 NS/NR



38017

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?

- Paga o total da renda, empréstimo ou hipoteca
- Recebe uma participação
- A casa não é sua mas não paga renda
- NS/NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?

- Sim
- Não
- NS/NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

- Sim
- Não
- NS/NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?

- Não
- Sim, mas apenas chegam para os seus gastos
- Cobrem sem problemas os gastos
- NS/NR

23. Precisa de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?

- Sim
- Não
- NS/NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?

- Paga (----> p 25)
- Recebe ajuda
- NS/NR

24a. De quem?

- Família ou amigos
- Toma as refeições numa instituição governamental ou de beneficência
- Quantas? ___ por dia
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
- Quantas? ___ por dia

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?

- Sim
- Não
- NS/NR

26. Tem algum cartão de saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não
- NS/NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

- Muito bem
- Razoavelmente
- Com dificuldade
- NS/NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?

- Sim
- Não
- NS/NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?

- Sempre/quase sempre
- Algumas vezes
- Nunca/quase nunca
- NS/NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

- Interessante
- Monótona
- Aborrecida
- NS/NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?

- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

34. Por favor, responda 'sim' ou 'não' às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar, tente responder 'sim' ou 'não' conforme lhe parecer mais correcto (assinalar 'sim' ou 'não' para cada uma).

1. Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?..... Sim Não
2. A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?..... Sim Não
3. Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?..... Sim Não
4. Parece-lhe que ninguém o/a compreende?..... Sim Não
5. Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?..... Sim Não
6. O seu sono é irregular e inquieto?..... Sim Não
7. É feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não
8. Pensa que se trama alguma coisa contra si?..... Sim Não
9. Por vezes sente que não serve para nada?..... Sim Não
10. Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?..... Sim Não
11. Sente-se muitas vezes fraco/a?..... Sim Não
12. Tem dores de cabeça?..... Sim Não
13. Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?..... Sim Não
14. Sente palpitações e falta de ar?..... Sim Não
15. Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?... Sim Não

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

36. Comparado com há cinco anos, como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



38017

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a por um médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? *(excluir os psiquiatras)*

____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

- Sim
- Não
- NS/NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

- Para a artrite
- Para a dor (distintos dos anteriores)
- Para a hipertensão arterial (tensão alta)
- Diuréticos
- Para a insuficiência cardíaca ou arritmias
- Nitroglicerina para a angina de peito
- Anticoagulantes
- Para melhorar a circulação
- Injecções de insulina para diabetes
- Comprimidos para a diabetes
- Para úlcera (sistema digestivo)
- Crise epilética
- Para a tiróide
- Corticosteróides
- Antibióticos
- Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos
- Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)
- Medicamentos hormonais (incluindo a pílula)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?



38017

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?*(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)*

- | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Artrite ou reumatismo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Asma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Enfisema ou bronquite crónica | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Tuberculose | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas circulatórios dos membros | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Úlceras (sistema digestivo) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença do fígado | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças dos rins | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Outras doenças do sistema urinário | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Cancro ou leucemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequências de A.V.C. | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Esclerose múltipla | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequência da poliometite | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença da tiróide ou outras glândulas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas da fala | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |

45. Tem alguma incapacidade física...

- Não
- Paralisia total
- Paralisia parcial
- Falta de membro/função
- Fractura óssea
- NS/NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está cego
- NS/NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está surdo
- NS/NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- Sim. Especificar _____
- Não
- NS/NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESES**49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?**

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____



38017

50. **Necessita de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?**

- Sim (----> P 50a)
- Não (----> P 51)
- NS/NR

50a. **Especificar quais?**

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____

51. **Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?**

- Sim
- Não
- NS/NR

52. **Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?**

- Sim
- Não
- NS/NR

53. **Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?**

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

54. **Comparado com há cinco anos, como classifica hoje a sua saúde?**

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

55. **De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?**

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos precisamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. **É capaz de usar o telefone...**

- Sem ajuda (*Incluindo procurar números e marcar*)
- Com alguma ajuda (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
- É incapaz de utilizar o telefone
- NS/NR

57. **Pode ir a locais onde não é possível ir a pé...**

- Sem ajuda (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
- É incapaz de viajar (*a não ser que o faça em veículo especial, como uma ambulância*)
- NS/NR

58. **Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.?** (*assumindo que tem meio de transporte*)

- Sem ajuda (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a acompanhe quando vai às compras*)
- É incapaz de fazer qualquer tipo de compra
- NS/NR

59. **É capaz de preparar as suas refeições...**

- Sem ajuda (*planeia e prepara-as sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas, mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



38017

60. É capaz de fazer as tarefas de casa...

- Sem ajuda (*pode limpar o chão, etc.*)
- Com alguma ajuda (*pode fazer trabalhos leves, mas necessita ajuda para os mais pesados*)
- É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico
- NS/NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos...

- Sem ajuda (*a dose certa na hora certa*)
- Com alguma ajuda (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
- É incapaz de tomar os seus medicamentos
- NS/NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro...

- Sem ajuda (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
- Com alguma ajuda (*gere o dinheiro do dia-a-dia, mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de gerir o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO**63. É capaz de comer...**

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, por exemplo*)
- É incapaz de comer sozinho/a
- NS/NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho/a...

- Sem ajuda (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
- Com alguma ajuda
- É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a
- NS/NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- É capaz de cuidar da sua aparência
- NS/NR

66. Pode andar...

- Sem ajuda (*excepto de bengala*)
- Com ajuda (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
- É incapaz de andar
- NS/NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama...

- Sem ajuda (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
- Com alguma ajuda (*de uma pessoa ou de um dispositivo*)
- Depende completamente de alguém que o/a levante
- NS/NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda (*necessita de ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
- É incapaz de tomar banho sozinho/a
- NS/NR

69. Tem tido problemas para chegar à casa de banho a tempo?

- Não (----> P 70)
- Sim, mas agora não porque tenho sonda/colostomia (----> P70)
- Sim (----> P 69a)
- NS/NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais
- NS/NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear?

- Sim (----> P 70a)
- Não (----> P 71)
- NS/NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta, quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____



38017

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o/a leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

- Vai sozinho/a
- Familiar
- Amigo
- Transporte público (autocarro, taxi, etc.)
- Outro. Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

_____ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, Câmara Municipal etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

71-2a. Quantas vezes por mês participa nessas actividades?

_____ vezes por mês

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-2c. Acha que necessita de participar neste tipo de actividades?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o/a aconselhou sobre como conseguir um emprego?

- Sim
- Não (----> P 71-3b)
- NS/NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Organismo oficial

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

- Sim
- Não
- NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-4a. Fez alguma viagem deste tipo nos últimos seis meses ou espera fazer nos próximos seis meses?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- Sim
- Não
- NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal ou por outra instituição?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participou nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- Sim
- Não (----> P 71-6c)
- NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não (----> P 71-7d)
- NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado/a alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

Nº _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o/a aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- Sim
- Não (----> P 71-8b)
- NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o/a ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (*excluir os recebidos no hospital*)

- Sim
- Não (----> P 71-9d)
- NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vesti-lo/a, ajuda-lo/a a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1½ hora por dia
- Mais de 1½ hora por dia
- NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-9d. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (*excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital*)

- Sim
- Não (----> P 71-10e)
- NS/NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Enfermeiro (*pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- Só ocasionalmente, não todos os dias
- Só para dar-lhe medicação oral
- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1 hora por dia
- Mais de 1 hora por dia
- NS/NR



38017

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- Menos de um mês
- De 1 a 3 meses
- Mais de 3 meses
- NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- Sim
- Não (----> P 71-11d)
- NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Fisioterapeuta (*pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o/a têm ajudado a fazer esses exercícios?

 vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- Sim
- Não (----> P 71-12c)
- NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o/a idoso/a ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, ou que vivem em instituições ou com familiares, presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- Sim
- Não (----> P 71-13c)
- NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-13c. Acha que necessita de alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procure saber como se encontra? (assinalar 'não' se respondeu 'sim' em 71-12c)

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (inclui alojamento em instituições)

- Sim
- Não (----> P 71-14c)
- NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- Sim
- Está em lista de espera
- Não lha concederam
- NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, teve ajuda de alguém regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o/a ajudou a fazer essas tarefas?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-15b. Quantas horas, por semana, teve que ter ajuda para fazer essas tarefas domésticas?

___ horas



38017

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- Sim
- Não (----> P 71-16c)
- NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não é capaz de o fazer?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em assuntos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- Sim
- Não (----> P 71-17c)
- NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Alguém a quem paga por essa tarefa (*par ex. advogado*)
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- Familiar
- Amigo
- Alguém de uma instituição social ou Segurança Social

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à:

- Idoso/a
- Informante. Relação: _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



38017

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA.

73. Duração da entrevista: ____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

75. As perguntas objectivas obtidas do/a idoso/a e/ou informante são...

- De total confiança
- De confiança na maioria dos casos
- De confiança só em alguns casos
- Não são confiáveis

76. As perguntas subjectivas são:

- De total confiança (----> P 77)
- De confiança na maioria dos casos (----> P 77)
- De confiança só em alguns casos (----> P 77)
- Não são confiáveis (----> P 77)
- Não se obtiveram (----> P 76a)

76a. Porque não respondeu o/a idoso/a às questões subjectivas?

- Afasia/díspria
- Surdez
- Demência
- Oligofrenia
- Demasiado doente
- Não colaborou
- Outro. Especificar _____

RECURSOS SOCIAIS

77. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o/a idoso/a se estivesse doente ou incapacitado/a?

- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a indefinidamente *(tanto tempo quanto necessária)*
- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a durante pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- A ajuda estaria disponível só de vez em quando *(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)*
- Nenhuma *(excepto possível ajuda de emergência)*

78. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do/a idoso/a?

- Muito satisfatórias, amplas
- Moderadamente satisfatórias, adequadas
- Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas



38017

RECURSOS ECONÓMICOS

79. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do/a idoso/a?

- Amplos, folgados
- Satisfatórios
- Algo insuficientes
- Totalmente insuficientes
- Não tem qualquer tipo de rendimentos

80. Na sua opinião, o/a idoso/a tem economias?

- Sim
- Não (*ou são escassas*)

81. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do/a idoso/a?

- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde e permitem-lhe pequenos luxos
- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde, mas não lhe permitem pequenos luxos
- Não cobrem a alimentação ou habitação ou vestuário ou cuidados de saúde e nem lhe permitem pequenos luxos
- Não cobrem duas ou mais necessidades (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados de saúde*) nem lhe permitem pequenos luxos

SAÚDE MENTAL

82. Tem a impressão de que o/a idoso/a demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

- Sim
- Não
- NS/NR

83. Tem a impressão de que o/a idoso/a é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

- Sim
- Não
- NS/NR

84. Tem a impressão de que o/a idoso/a acha a vida interessante e divertida?

- Sim
- Não
- NS/NR

85. Durante a entrevista o comportamento do/a idoso/a pareceu-lhe ser:

- Mentalmente alerta e estimulado/a
- Agradável e participativo/a
- Depressivo/a e/ou choroso/a
- Distraído/a ou letárgico/a
- Amedrontado/a, inquieto/a ou extremamente tenso/a
- Cheio/a de queixas físicas não realistas
- Desconfiado/a (mais do que razoável)
- Extravagante ou inapropriado/a em pensamento ou acção
- Excessivamente falador/a, muito alegre ou eufórico/a



38017

SAÚDE FÍSICA

86. O/a idoso/a é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- Não
- Sim, é obeso/a
- Sim, está mal nutrido/a ou emagrecido/a
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais do/a idoso/a, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias actuais do/a idoso/a. As perguntas de recursos sociais são as 6-14 e 77-78.

- Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente;
ou
As relações sociais são muito satisfatórias e amplas, e só teria disponível uma ajuda temporária.
- Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, mas pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente;
ou
As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
- Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
ou
As relações sociais são, pelo menos, ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só é possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e a ajuda só é possível de vez em quando;
ou
As relações sociais são, pelo menos, satisfatórias ou adequadas, mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
- Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



38017

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

88. Classifique os recursos económicos actuais do/a idoso/a, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias actuais do/a idoso/a. As perguntas de recursos económicos são as 15-30 e 79-81.

(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do/a idoso/a)

- Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos e o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos e o/a idoso/a não tem economias;
ou
Rendimentos suficientes e o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes e o/a idoso/a não tem economias;
ou
Rendimentos algo insuficientes, mas o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes e o/a idoso/a não tem economias.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes e o/a idoso/a pode ter ou não economias.
- Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O/a idoso/a é indigente, sem rendimentos ou economias.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. As perguntas de saúde mental são as do questionário preliminar e as 31-36 e 82-85.

- Saúde mental muito boa.** Intellectualmente alerta, gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
- Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.



38017

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. As perguntas de saúde física são as 37-55 e 86.

- Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
- Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
- Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
- Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
- Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
- Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

91. Classifique o funcionamento actual das actividades da vida diária do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho actual do/a idoso/a. As perguntas das actividades da vida diária são as 56-70.

- Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
- Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
- Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
- Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD, mas pode passar um dia sem ajuda;
ou
Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
- Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária, mas não necessariamente o dia inteiro ou à noite, com muitas AVD.
- Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou à noite para realizar as AVD.

ANEXO III - Pedido e resposta de autorização para aplicação do questionário OARS

Pedido de autorização para aplicação do questionário OARS

Boa tarde Exmo. Senhor Rogério Rodrigues,

Somos alunas do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Santarém e estamos a desenvolver um estudo no âmbito do projeto "Pessoas que vivem sós em risco, vulnerabilidade e ou dependência" integrado na UCC do Entroncamento. Vimos por este meio solicitar a V. Ex. a autorização para aplicação do questionário OARS - versão portuguesa neste estudo.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e atenção que possa dispensar ao assunto. Aguardamos maior brevidade de resposta para o podermos desenvolver no âmbito deste projeto.

Cordialmente,
Catarina Rodrigues
Anabela Santos
Márcia Rodrigues
Cátia Gonçalves

Resposta de autorização para aplicação do questionário OARS

Olá. Boa tarde.

Grato pelo contacto.

Tenho muito gosto em que utilizem o Older Americans Resources and Services/Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos.

Segue em anexo versão do OARS/QAFMI.

Abaixo tem os links para as publicações sobre o instrumento e metodologia de utilização.

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-comunitaria-de-uma-populacao-de-idosos/a/id/2694847/filter/>

<http://www.wook.pt/ficha/avaliacao-multidimensional-emidosos/a/id/202128/filter/>

Para qualquer dúvida... disponha. Votos de bom trabalho.

Cumprimentos

Rogério Rodrigues

ANEXO IV - Consentimento informado para os idosos

CONSENTIMENTO INFORMADO

“Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós”

Entrevistador(es): _____

Entrevistado: _____ Idade: _____

Data: _____ Local: _____

Hora de início: _____ Hora de término: _____

Somos enfermeiras e estudantes do sétimo curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Santarém, vimos por este meio comunicar que no âmbito do Estágio da Comunidade I, a decorrer na UCC do Entroncamento, estamos a desenvolver um projeto cujo título é “Avaliação da capacidade funcional dos idosos que vivem sós”.

O estudo tem como objetivo realizar um diagnóstico de enfermagem comunitário através da avaliação da capacidade funcional das pessoas idosas que vivem sós no concelho do Entroncamento. Assim, com um maior conhecimento poder-se-á compreender esta população e sobretudo poder-se-ão desenvolver novas estratégias de intervenção de enfermagem comunitária.

Para que tal seja possível, solicitamos a sua colaboração para responder a um questionário, “Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos (QAFMI), que avalia cinco dimensões da vida: Recursos Sociais; Recursos Económicos; Saúde Física; Saúde Mental e Atividades de Vida Diárias, no sentido de nos fornecer alguns dados que consideramos pertinentes para o objetivo em estudo.

Neste sentido apelamos à sua participação, sendo a decisão de participar absolutamente voluntária, podendo alterar a sua intenção a qualquer momento, sem ter de se justificar e sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.

É garantido que a sua participação não acarreta qualquer tipo de risco, mantendo-se o total anonimato e sigilo, sendo os dados serão utilizados exclusivamente para a realização deste projeto. Não terá qualquer tipo de encargos económicos, nem receberá qualquer pagamento ou gratificação pela participação no referido projeto.

O questionário terá a duração de aproximadamente 30 minutos.

Certificado de Consentimento

Declaro que fui convidado(a) a participar no projeto da UCC do Entroncamento que tem como objetivo geral: **Realizar o diagnóstico de enfermagem comunitária aos idosos com 65 ou mais anos que vivem sós.**

Fui informado(a) sobre todos os procedimentos e recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos.

Participarei através de resposta a um questionário à população idosa com 65 ou mais anos. Este método de colheita de dados é o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional para Idosos, que avalia cinco dimensões da vida: Recursos Sociais; Recursos Económicos; Saúde Física; Saúde Mental e Atividades de Vida Diárias.

Fui informado(a) que os desconfortos da minha parte serão minimizados e a existirem serão relativos à partilha de informações pessoais ou confidenciais.

Estou consciente que não haverá nenhum benefício direto nem incentivo pela minha participação neste estudo.

Declaro ainda que fui informado(a) que posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

Para o efeito declaro que aceito/não, aceito (riscar o que não interessa)

Data: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do enfermeiro: _____

Eu, enfermeiro, li ou testemunhei a leitura com exatidão do termo de consentimento ao potencial participante, e confirmo que o mesmo deu o seu consentimento livremente.

Assinatura do enfermeiro: _____

Nota: Este documento foi elaborado em duas vias, sendo uma arquivada pelo entrevistado ou pelo seu representante legal e outra arquivada pelo enfermeiro.

ANEXO V - Pedido de autorização à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém

Pedido de autorização à Comissão de Ética

Boa noite,

Somos alunas do 7º curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e encontramos-nos a desenvolver um projeto no âmbito do estágio da Comunidade I, serve o presente e-mail para solicitar parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém acerca do mesmo.

Em anexo enviamos os formulários devidamente preenchidos, bem como o projeto de estágio, cronograma das atividades, instrumento de colheita de dados e a respetiva autorização.

Aguardamos resposta o mais breve possível.

Cordialmente,

Catarina Rodrigues

Cátia Gonçalves

Márcia Rodrigues

Anabela Santos

ANEXO VI - Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Santarém

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM**EMIÇÃO DE PARECER - 092019Saúde**Identificação do Investigador | **Cátia Vanessa da Silva Gonçalves**Identificação do Projeto | **Avaliação da Capacidade Funcional dos Idosos que Vivem Sós****PARECER**

Considerando que:

Se trata de um projeto de natureza académica, os objetivos estão bem delimitados;

A metodologia encontra-se adequadamente descrita, considerando que se trata da realização de um Diagnóstico de Saúde de uma comunidade concreta;

Foi disponibilizado o questionário, o qual não apresenta preocupações de natureza ética de maior;

Foi disponibilizado o formulário de Consentimento Informado, o qual respeita os pressupostos éticos inerentes ao desenvolvimento e aplicação de questionário e entrevista a informantes chave;

Foram disponibilizadas todas as outras peças inerentes ao processo de preparação do parecer a emitir.

Destes releva-se a apresentação de pedido de autorização para aplicação do questionário OARS, já com resposta positiva

Recomenda-se:

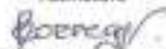
No questionário, a exigência de anonimização dos dados provenientes das questões: Data de nascimento, sexo e idade, bem como a questão 44;

Seja reportado como se preserva para futuro a informação recolhida, nomeadamente as gravações, ao nível da confidencialidade e divulgação dos resultados;

Seja reportado se os participantes e comunidade, uma vez que faz parte de um projeto já existente, vão ser informados dos resultados do estudo. Por resultados globais ou individuais? Por que meios?

Somos de parecer que este projeto de natureza académica, cumpre os requisitos éticos inerente ao respeito pela autonomia dos participantes.

Assinatura

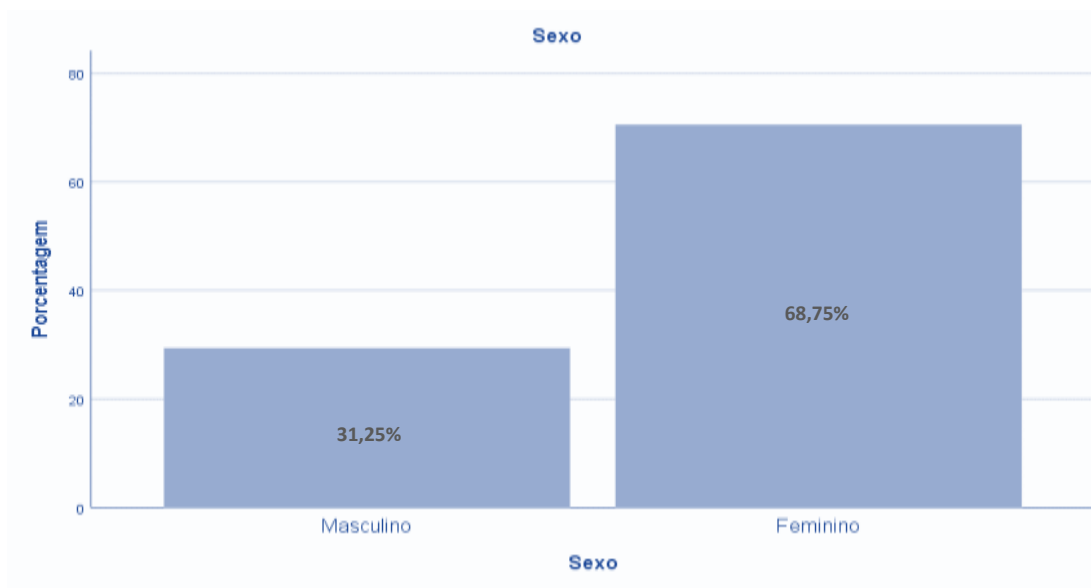
Carla Chicau Borrego
(Coordenadora da Comissão Ética)

Santarém, 13 fevereiro de 2019

ANEXO VII - Gráficos das características da população por Género e Idade

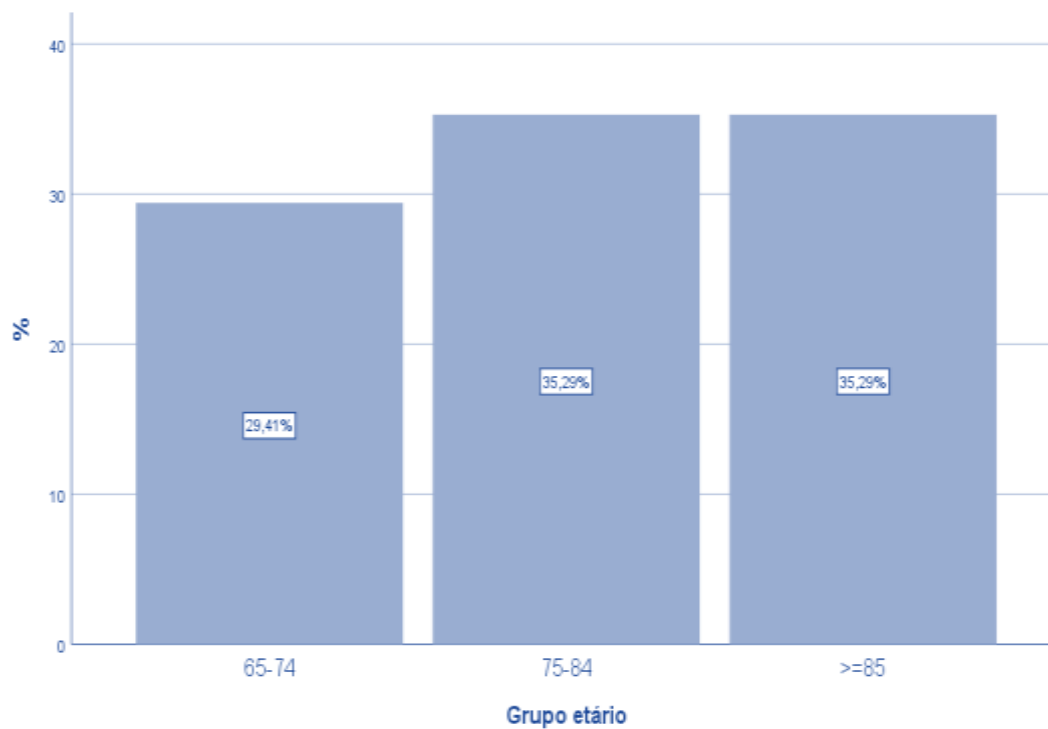
Características da população por género

Gráfico - Características da população por grupo género



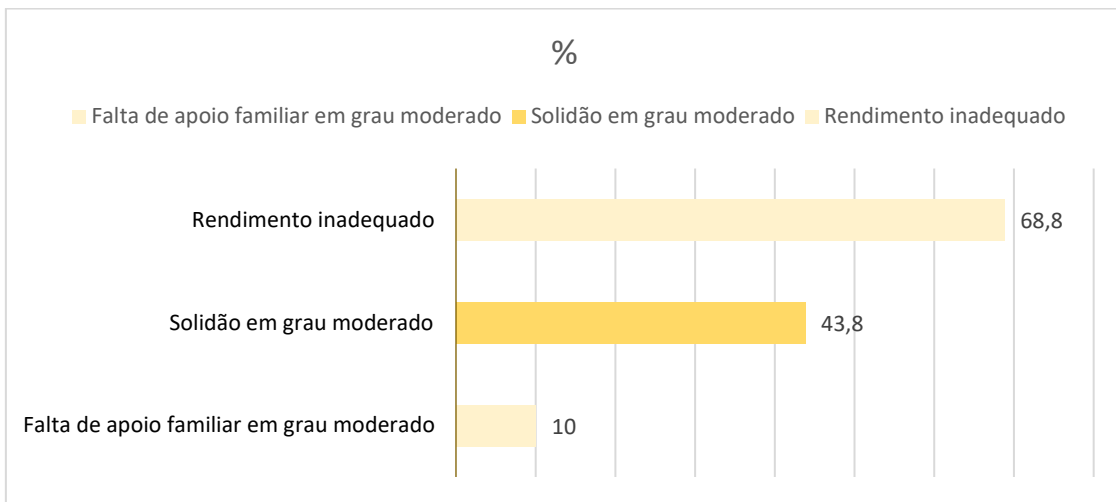
Características da população por grupo etário

Gráfico - Características da população por grupo etário

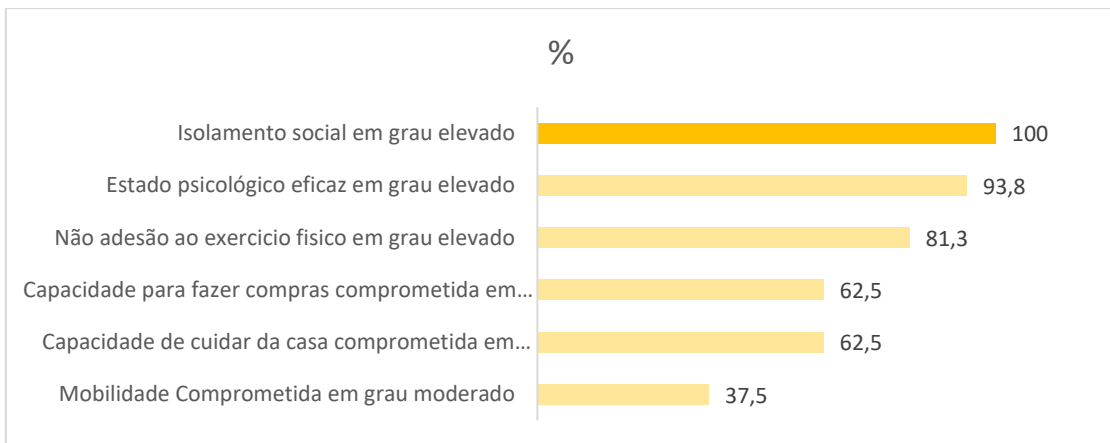


ANEXO VIII - Gráficos da distribuição da percentagem relativa ao Critério Transcendência e Vulnerabilidade

Distribuição da percentagem relativa ao critério Transcendência Social



Distribuição da percentagem relativa ao critério Vulnerabilidade



ANEXO IX - Scoping Review

Review Title

Intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos.

Reviewers

¹ Anabela Santos

² Professora Doutora Maria Carmo Figueiredo

Center conducting the review

Escola Superior de Saúde de Santarém - Unidade de Monitorização de Indicadores em Saúde (UMIS)

Review question

Questão: Quais as intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos?

objective

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção do isolamento social nos idosos.

Key word (MesH Descriptors):

Passam a ser designadas por descritores MeSH as palavras-chave: *Nurs**; *Social Isolation*; *Aging*, validadas no MeSH Browser 2019, no dia 03/04/2019 às 15h.

*Nurs** (MeSH): The field of nursing care concerned with the promotion, maintenance, and restoration of health.

Background

No âmbito desta revisão o enfoque situa-se nas pessoas idosas, que são classificadas, cronologicamente, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como as pessoas com 65 anos de idade ou mais residentes nos países desenvolvidos. A OMS (2001) define ainda, idoso como todo o indivíduo com mais de 65 anos, independentemente, do género ou estado de saúde.

Ainda segundo, a mesma fonte, o envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, em que se prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento e que 75% desta população vive nos países desenvolvidos (OMS, 2001).

No entanto, o fator cronológico não é o único fator que influencia o processo de envelhecimento (Espadaneira, 2008). O processo de envelhecimento pode ser condicionado por diversos fatores, entre eles: situações de doença, problemas familiares, a reforma, emoções ou vivências, em que a aceitação deste processo, pela pessoa idosa, pode condicionar o envelhecimento saudável (Castilho, 2010).

Apesar da sua complexidade, o isolamento social é definido no Breve Dicionário de Sociologia e segundo Pité (2004, p.79) como “uma maior ou menor limitação de relações sociais de grupo ou indivíduos perante a vida ativa e social de uma sociedade, caracterizado pela ausência ou limitação de comunicação com os outros, mesmo sem privação física”. Esta abordagem sociológica revela, que o isolamento é um problema não só individual, mas sim, social. Sem ligações sociais o indivíduo fica numa posição de fragilidade e vulnerabilidade perante si próprio e o meio onde está inserido.

Na perspetiva da Enfermagem, segundo de Nicholson (2012), o isolamento social é considerado o estado de necessidade ou desejo não realizado de contacto com outros, o indivíduo sente-se excluído socialmente, falta-lhe o envolvimento com os outros, apresenta um número mínimo de contactos sociais, que são insuficientes como relacionamentos gratificantes e de qualidade.

A nível de saúde pública, o isolamento social não é apenas consequência de problemas de saúde, mas também causa desses mesmos problemas de saúde (WHO, 2014).

Deste modo, são importantes os exemplos dessas situações pela sua prevalência, as entidades clínicas na depressão, bem como nos fenómenos de solidão e de isolamento das pessoas idosas. Por conseguinte, não surpreende, que na União Europeia, a mortalidade por suicídio é frequente a partir dos 65 anos de idade, conforme revelam Ferrinho, Bugalho e Pereira, (2001). Além das doenças do foro psicológico, existem dados científicos, que provam, que o isolamento social tem efeitos negativos sobre a saúde, sendo associado com a mortalidade por doença coronária/AVC, hospitalização recorrente, quedas e baixo nível cognitivo. Os idosos que vivem isolados apresentam riscos mais elevados de assumirem comportamentos prejudiciais, tais como, consumo elevado de álcool ou hábitos alimentares deficitários.

Para Berkman, Glass, Brissette e Seeman, (2000), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais (serviços e todos os recursos comunitários envolventes) que fazem toda a diferença entre uma vida saudável e uma vida limitada pelas doenças que daí advêm na vida

dos idosos. O isolamento social traz consequências sobre a morbidade, mortalidade, longevidade e a esperança de vida, afetando todo o processo de envelhecimento, podendo ainda provocar a falta de cumprimento de um tratamento de saúde ou gerar comportamentos de risco, como alimentação deficitária, consumo de álcool exagerado, tabagismo e atividade física fraca ou ausente.

O isolamento social compromete a saúde, pois está associado ao declínio do bem-estar físico e mental, com consequências para a esperança de vida. Como resultado deste declínio, pode surgir desnutrição, diminuição do funcionamento cognitivo, patologias mentais, aumento do risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, depressão e suicídio (WHO, 2014).

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).

O isolamento social tem como resultado a diminuição da capacidade funcional, que interfere nas atividades da vida diária e na participação social dos idosos, sendo fatores de risco relevantes para o surgimento dos quadros depressivos (Netto, 2002). Como sinal de depressão o idoso apresenta frequentemente desmotivação. Esta está relacionada com a dependência física, com o isolamento social e a tristeza (Thomas *et al.*, 1999).

O sofrimento dos mais idosos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais angustiantes e problemáticas, que se torna urgente reverter. Este sentimento não acontece só em casos de idosos, que vivem isolados, mas também no seio das suas próprias famílias e instituições. Estes locais são, por vezes, lugares onde os idosos sentem uma grande falta de comunicação, participação social e afetiva. Solidão e isolamento não são sinónimos, embora o isolamento possa influenciar o aparecimento da solidão. O carácter multidimensional destes dois fenómenos tem criado alguma dificuldade na sua conceptualização (Freitas, 2011).

A solidão é definida como um sentimento angustiante, que acompanha as divergências entre os desejos e as reais relações sociais. Vários estudos comprovam, que os sentimentos de solidão vaticinam a mortalidade, a depressão, alterações do sono e saúde mental (Wilson e Harris, 2010).

A solidão provoca sentimentos de tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência do idoso. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém, tem-se propagado como um grande flagelo nos idosos (Aylaz *et. al.*, 2012).

A população mundial de idosos aumenta continuamente e a solidão afeta a qualidade de vida da mesma. A diminuição do convívio com outras pessoas, bem como a diminuição do contacto social, faz com que a atividade da vida diária da população idosa fique afetada (Litvoc e Brito, 2004).

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como os maiores problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate aos mesmos, dando uma grande relevância ao papel dos cuidados de saúde primários (CSP), na prevenção destes fenómenos presentes na população idosa (CEPCEP; WHO, 2014).

Deste modo, importa desenvolver novas estratégias para combater as dificuldades deste grupo de idosos, assim como promover a qualidade de vida e de bem-estar dos mesmos ao longo do seu ciclo de vida.

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) a promoção de um envelhecimento saudável refere-se a múltiplos setores, “ (...) que envolvem, nomeadamente, a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus” (DGS, 2008, p.5).

O envelhecimento saudável e ativo apresenta-se como um desafio à sociedade global e abrange variados setores, no caso da saúde e, em particular dos CSP. Em resposta a este desafio é preciso atuar na implementação e melhoria de estratégias e intervenções, garantindo a capacidade de mobilizar respostas, que possam ir ao encontro das necessidades específicas do idoso isolado (EuroHealthNet, 2012).

Os Centros de Saúde, enquanto principais unidades prestadoras de CSP, são colocados na primeira linha de promoção da saúde e prevenção da doença, cabendo aos mesmos implementar e pôr em prática as estratégias delineadas a nível mundial e nacional (Crisp, 2014 e Lopes, 2009). Desta forma cabe ao enfermeiro dos CSP desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família, da respetiva comunidade e mais especificamente na prevenção do isolamento social e solidão no idoso (OE, 2010).

As intervenções diretas abrangem ações de formação sobre a saúde dirigidas ao público idoso, como são exemplo disso as atividades físicas de baixa intensidade. Está comprovado cientificamente, que praticar exercício moderado, particularmente em grupo, reduz os níveis de solidão, depressão e ansiedade (Ribeiro e Paúl, 2011). Nesta área, o enfermeiro pode solicitar a colaboração de um terapeuta físico ou profissional de reabilitação, caso exista no centro de saúde onde desenvolve a sua atividade. O enfermeiro deve aproveitar todas as oportunidades para apresentar informação sobre os benefícios de tipos de atividades, como é o exemplo dos momentos de lazer interpessoais.

As intervenções indiretas servem para identificar e prevenir o isolamento social, tal como estimular e até conduzir as iniciativas de grupo. Estas iniciativas contribuem para desenvolvimento de relações interpessoais e no desenvolvimento das redes sociais dentro da própria comunidade.

Neste aspeto, a abordagem integral e multidisciplinar é crucial. O enfermeiro tem que criar ligações profissionais com todas as instituições da comunidade que atuam na área dos idosos: serviços sociais das autarquias, instituições de solidariedade social, bancos de voluntários, associações desportivas, dinamizadores de atividades de aprendizagem informal, etc.

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é centrada na comunidade. Este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade.

O enfermeiro comunitário pode atuar como elo de ligação de informação, que promove oportunidades, de forma a melhorar o estado de saúde da população idosa. De acordo com a sua

formação e, com sua proximidade da população idosa, pode sempre servir de impulsionador e conselheiro para hábitos e atividades de vida saudáveis. Um enfermeiro presente e informado sobre as atividades e serviços sociais disponíveis dentro da comunidade, pode fazer a diferença na vida duma pessoa idosa e isolada. O enfermeiro comunitário poderá desta forma encaminhá-la e acompanhá-la para uma solução existente dentro da comunidade.

A qualidade de vida da pessoa idosa é influenciada pelas experiências (riscos e oportunidades) que experimentam ao longo da vida e pela capacidade de manter autonomia e independência (OMS, 2002; DGS, 2004).

A OMS define qualidade de vida como a noção que o indivíduo tem do seu modo de vida de acordo com a sua cultura, valores e ambiente, e em relação aos seus objetivos, expectativas e preocupações. É um conceito vasto que engloba a saúde do indivíduo, a sua condição psicológica, nível de dependência, relações sociais e crenças (OMS, 2002).

As intervenções realizadas, no âmbito da promoção da saúde e prevenção, melhoram a qualidade de vida da pessoa idosa e a sua saúde. (DGS, 2004).

Para que as pessoas idosas possam ter ou manter uma qualidade de vida aceitável, é essencial manter um nível de razoável saúde, daí ser importante manter a pessoa idosa ativa e autónoma por mais tempo. Segundo a OMS (2000) citado por Castilho (2010) ser ativo não se refere apenas a aptidão física, mas também a participação de forma contínua em questões sociais, políticas, económicas, espirituais, que permitam continuar a contribuir ativamente para os seus companheiros, familiares ou comunidade em que está inserido.

De acordo com Nutbean e Haris (2005) citado por Pinto (2010), o uso de teorias na implementação de programas para a promoção da saúde contribui para o desenvolvimento do indivíduo, pois permite, que a equipa compreenda a dimensão do problema, as necessidades e as motivações da população, para desta forma, elaborar uma avaliação mais apropriada dos métodos a aplicar nos programas de intervenção e alcançar as mudanças desejadas.

Inclusion criteria

Types of participants

Idosos com idade igual ou superior a 65 anos.

Concept

Isolamento Social

Idosos

Intervenções de Enfermagem

Context

Comunitário

Types of studies

Quantitativo, Qualitativos e Mistos

Search strategy

Tendo por base a questão enunciada, de acordo com metodologia, foi elaborado um protocolo de pesquisa onde se definiram critérios de inclusão. A Expressão de pesquisa: Nurs***and** Social Isolation **and** Aging. Neste sentido, procedeu-se à pesquisa no dia 15/04/19 às 20 horas.

No appendix II está representada a tabela 1 que apresenta os descritores, as bases de dados e a expressão de pesquisa utilizada.

Bases de dados incluídas:

- Na plataforma EBSCO Host:
 - CIHNAL
 - Medline
 - Nursing & Allied Health Collection
 - Mediclatina
 - Pubmed
 - Proquest

Limitadores:

EBSCO:

CIHNAL:

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Prática baseada em evidência
- Humano
- Primeiro autor é enfermeira
- Qualquer autor é enfermeira
- Faixas etárias: ≥ 65 anos
- Texto completo em PDF

MEDLINE:

- Resumo disponível
- Língua inglesa
- Humano
- Idade: ≥ 65 years

NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION:

- Texto completo em PDF

MEDICLATINA

- Texto completo em PDF

PROQUEST

- Limitar a: com texto completo e revisão inter-pares
- Data de publicação: junho de 2014 – abril de 2019
- Faixa etária: idoso (≥ 65 anos);
- Tipo de fonte: revistas académicas e revistas especializadas
- Tipo de documento: artigo e artigo principal
- Idioma: espanhol, inglês e português

PUBMED

- Text availability: Abstract, free full text
- Publication dates: 5 years
- Species: humans
- Journal categories: MEDLINE, Nursing journals
- Languages: english, portuguese and spanish
- Ages: 65+ years

Study Selection

A estratégia de pesquisa para a identificação dos artigos mais relevantes foi constituída por quatro fases. Na primeira fase realizou-se a pesquisa limitada nas bases de dados CINAHL, NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION, MEDLINE e MEDICLATINA via EBSCO, PROQUEST e PUBMED, onde foram identificados 111 artigos potencialmente relevantes. Destes 111 artigos foram eliminados 43 artigos duplicados. Dos 68 artigos foram eliminados 60 artigos a partir da leitura do título. Através da utilização do Prisma 2009 Flow Diagram (presente no Appendix III), reuniram-se 8 artigos, que cumpriam os critérios de elegibilidade. Estes foram submetidos aos critérios de inclusão definidos, tendo-se excluído 7 artigos.

Destes 7 artigos foram excluídos 3 artigos (2, 3 e 4) por serem revisões sistemáticas da literatura, outro dos artigos excluídos (5) por ser protocolo de um futuro estudo a realizar, outro artigo (6) por incluir na sua amostra idades inferiores a 65 anos e o último (7) por estudar a relação entre quedas e isolamento social não favorecendo deste modo informações significativamente importantes para esta revisão. Foi por isso selecionado 1 artigo, um estudo quantitativo descritivo/ comparativo.

Artigos selecionados:

1 - Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model.

Artigos excluídos:

2 – Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol;

3 – The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review;

4 - Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review;

5 - Measuring Social Isolation in the National Health and Aging Trends Study;

6 – Development of a community’s self-efficacy scale for preventing social isolation among community – dwelling older people (Mimamori Scale);

7 – Falls and social isolation of older adults in the national health and aging trends study.

No appendix III está esquematizado o processo de seleção dos estudos incluídos na «Scoping review».

Data collection

Para a colheita de dados de cada artigo selecionado foi utilizado o instrumento: Data extraction instrument (Appendix IV), é constituído por 9 questões, que permitiram identificar o estudo. Contempla o título, autores, ano de publicação, país de origem e objetivos do artigo, identifica as metodologias e métodos, as fontes de pesquisa, população e amostra e nível de evidência, integra os dados significativos extraídos dos artigos consultados, a interpretação desenvolvida, e o contributo retirado do estudo para a compreensão desta *scoping review*.

Data synthesis

O principal objetivo desta Scoping Review é compreender de que forma o Enfermeiro pode prevenir através das suas intervenções o isolamento social nos idosos em contexto comunitário.

Destes 2 artigos selecionados foram destacadas algumas interpretações, onde exponho um confronto entre os conceitos presentes no background e as interpretações dos artigos analisados.

Sistematizando, com esta Scoping, tornou-se mais evidente o grande desafio colocado aos enfermeiros, para que sejam capazes de elaborar futuras intervenções e que deste modo, seja possível o desenvolvimento de recursos para os idosos (recursos individuais, familiares e comunitários) para que lidem de forma eficaz perante situações de isolamento social.

Apesar da sua complexidade, o isolamento social é definido no Breve Dicionário de Sociologia e segundo Pité (2004) como “uma maior ou menor limitação de relações sociais de grupo ou indivíduos perante a vida ativa e social de uma sociedade, caracterizado pela ausência ou limitação de comunicação com os outros, mesmo sem privação física (p.79)”. Esta abordagem sociológica revela que o isolamento é um problema não só individual, mas sim, social. Sem ligações sociais, o individuo fica numa posição de fragilidade e vulnerabilidade perante si próprio e o meio onde está inserido.

Segundo Coyle e Dugan o isolamento social é ausência de contatos com outros indivíduos e falta de relacionamentos bem como, falta de integração social (Coyle e Dugan, 2012; Hawton et al., 2011). O Isolamento social é um fator social, no qual os idosos apresentam uma deficiência de contactos sociais, bem como uma deficiência de integração desses mesmos contactos nos seus relacionamentos sociais (Pohl e Cochrane, 2017).

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).

Considerando os três itens como parte do domínio da família e amigos foi destacada a importância dos laços sociais "Família" e que demonstrou uma força previsível na pesquisa sobre quedas usando o LSNS (Faulkner et al., 2003).

Desta forma, o estudo do artigo alerta para um risco elevado da ausência de qualidade de vida nos idosos que vivem sós, risco que pode ainda ser agravado com um menor acesso aos serviços, maior incapacidade funcional e elevados graus de solidão e de isolamento. Este estudo sugere ainda, que em futuras pesquisas, as intervenções para reduzir a solidão, o isolamento social e garantir uma melhor qualidade de vida dos idosos, deve ter em conta outros fatores de estudo, tais como o estado civil e a incapacidade funcional dos idosos (Schorr e Khalaila, 2018).

O isolamento social compromete a saúde, pois está associado ao declínio do bem-estar físico e mental, com consequências para a esperança de vida. Como resultado deste declínio, pode surgir desnutrição, diminuição do funcionamento cognitivo, patologias mentais, aumento do risco de incapacidade, morte precoce, doença cardíaca, depressão e suicídio (WHO, 2014).

Além disso, há uma ampla série de resultados nefastos à saúde e que estão associados ao isolamento social. Para além de afetarem a saúde no geral, as consequências podem ser evidentes em doenças cardiovasculares, depressão e neoplasia (Pohl e Cochrane, 2017).

Podemos ainda referir que a imobilidade dos idosos fora de suas casas, devido a ambientes inacessíveis, promove o isolamento, tornando-os cada vez mais incapacitados e cada vez mais sós, promovendo o isolamento social (Schorr e Khalaila, 2018).

Do ponto de vista da Psicologia, o conceito de isolamento social está intimamente relacionado com a solidão. O isolamento social refere-se à falta de ligação e apoio dentro da comunidade, enquanto a solidão é o sentimento de afastamento provocado por essa mesma situação. De acordo com Galinha (2010), os vários eventos da vida que podem gerar sentimentos de solidão são: viuvez, institucionalização, rotatividade pela casa dos filhos ou outros cuidadores, problemas de saúde, ou até mesmo a sensação de não ser ouvido. Por conseguinte, o isolamento social tem, maioritariamente, causas externas tais como, perda ou mudança de habitação, perda de companheiros de vida, amigos, bem como o aparecimento de problemas de saúde. A solidão pode estar associada à perda do sentido/propósito da vida dado pelo papel social desempenhado da vida, e paralelamente ao distanciamento da sociedade, deixando idoso numa posição vulnerável e irradiado do meio que o rodeia.

Na análise do artigo constatou-se que o seu estudo pressupõe uma ligação entre a acessibilidade e a qualidade de vida, dos idosos, podendo ocorrer direta e/ou indiretamente através de dois mediadores (solidão e ligação ao ambiente onde está inserido). Foi ainda colocada a hipótese de que a incapacidade funcional (níveis de limitação nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD)) e estado civil como moderadores da acessibilidade alcançada e a qualidade de vida através do sentimento da solidão (Schorr e Khalaila, 2018).

Os idosos com uma ligação elevada ao ambiente onde estão inseridos tendem a apreciar a sua área de residência e o meio envolvente, que os encoraja a sair, sentirem-se socialmente integrados, altamente familiarizados com o ambiente físico fazendo parte integrante da sociedade onde estão inseridos. A ligação destas relações multifacetadas origina o desenvolvimento de uma qualidade de vida elevada nos idosos (Schorr e Khalaila, 2018).

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como os maiores problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate aos mesmos, dando uma grande relevância ao papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) na prevenção destes fenómenos presentes na população idosa (CEPCEP, 2012 e WHO, 2014).

O estudo deste artigo indica um papel fundamental das características do meio envolvente (por exemplo: acessibilidade e a ligação ao meio envolvente onde o idoso está inserido) na avaliação da qualidade de vida dos idosos na Europa. A acessibilidade aos serviços e locais é um fator importante para uma melhor qualidade de vida e que determina outros aspetos do envelhecimento no seu ambiente familiar (sentimento de solidão e a ligação ao meio envolvente onde este está inserido) que por sua vez, estão associados á qualidade de vida nos idosos. Por outras palavras, a possibilidade dos idosos terem a capacidade de poder sair de suas casas e inclusivamente poderem participar em atividades de âmbito social tem um grande impacto na sua qualidade de vida, saúde, felicidade e inclusivamente nos seus níveis de solidão (Schorr e Khalaila, 2018).

Os resultados mostram ainda, que a relação negativa entre a solidão e a qualidade de vida é mais forte entre idosos que vivem sós do que idosos que vivem acompanhados (Schorr e Khalaila, 2018).

Os Centros de Saúde enquanto principais unidades prestadoras de CSP são colocadas na primeira linha de promoção da saúde e prevenção da doença, cabendo aos mesmos implementar e pôr em prática as estratégias delineadas a nível mundial e nacional (Crisp, 2014 e Lopes, 2009). Desta forma cabe ao enfermeiro dos CSP desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família, da respetiva comunidade e mais especificamente na prevenção do isolamento social e solidão no idoso (OE, 2010).

O indivíduo tem a oportunidade de envelhecer sentindo-se como parte integrante do local que sempre foi o seu ambiente familiar e ainda a ter a vantagem de se sentir ativo. Além disso, os resultados mostram que a incapacidade funcional do idoso e o seu estado civil pode aligeirar estas associações.

Todos os políticos, prestadores de serviços, bem como enfermeiros devem estar atentos e informados sobre estes grupos de risco (idosos incapacitados e idosos que vivem sós) de forma, a criar planos de intervenção adequados e acessíveis para os idosos, quer sejam estes idosos dependente ou independentes, residentes no seu ambiente social e familiar.

Portanto, os resultados do estudo sugerem cooperações multidisciplinares entre geógrafos, arquitetos, enfermeiros (especializados em enfermagem geriátrica e comunitária) e sociólogos, de forma a compreender os mecanismos complexos que estão ligados à acessibilidade e à qualidade de vida nos idosos (Schorr e Khalaila, 2018).

Conflicts of interest

O autor não apresenta conflitos que possam ser aplicados.

Acknowledgements

Embora a concretização desta Scoping Review tenha resultado de um esforço individual, só se tornou possível pelo apoio e incentivo da Professora Doutora Maria do Carmo Figueiredo, à qual manifesto a minha gratidão, tendo contribuído deste modo, para o meu processo de ensino e aprendizagem.

References

- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., and Aslan, H. (2012). *Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554.
- Berkman, Lisa F., Glass, Thomas, Brissette, Ian, Seeman, Teresa E. (2000). *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. *Social Science and Medicine* (51), 843-857.
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em: http://www.gren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Castilho, A. (2010). *Envelhecimento ativo/envelhecimento saudável – opinião dos idosos de Viana do castelo*. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem. Acedido em 19 de março de 2019 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1498/4>
- Coyle, C.E., & Dugan, E. (2012). *Social isolation, loneliness and Health among older adults*. *Journal of Aging and Health*, 24, 1346-1363. doi:10.1177/0898264312460275
- Crisp, L.N. (2014). *The future for health: everyone has a role to play*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dorfman, R.A., Lubben, J.E., Mayer-Oakes, A., Atchison, K., Schweitzer, S.O., De Jong, F.J., & Matthias, R.E. (1995). *Screening for depression among a well elderly population*. *Social Work*, 40, 295-304.
- DGS. (2008). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2004). Circular. Normativa Nº: 13/DGCG de 2 de julho: *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. 1-20.
- Espadaneira, R. (2008). *Diferentes formas de envelhecer*. In *Ajudas.com*. acedido a 19 de março de 2019 em <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

EuroHealthNet (2012) *Healthy and active ageing*. Bruxelas: The federal centre for health education
Acedido a 20-02-2019. Disponível em: [http://www.healthyeageing.eu/sites/
www.healthyeageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf](http://www.healthyeageing.eu/sites/www.healthyeageing.eu/files/featured/Healthy%20and%20Active%20Ageing.pdf)

Faulkner, K.A., Cauley, J.A., Zmuda, J.M., Griffin, J.M., & Nevitt, M.C. (2003). *Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women?* Journal of Gerontology. Series A, *Biological Sciences and Medical Sciences*, 58, M954-M959. doi:10.1093/gerona/58.10.m954

Ferrinho, P., Bugalho, M., Pereira M. J., (2001) *For Better Health in Europe. Report with the support of the European Commission*, Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Freitas, P.C. B. (2011). *Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social - II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.

Galinha, S. A. (2010). *Criar - Comunicar - Participar com Adultos e Idosos para uma Pedagogia*. Santarém: Edição Portuguesa.

Hawton, A., Green, C., Dickens, A.P., Richards, S.H., Taylor, R.S., Edwards, R., Campbell, J.L. (2011). *The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people*. *Quality of Life Research*, 20, 57-67. doi:10.1007/s11136-010-9717-2.

Janet S. Pohl, PhD, RN; Barbara B. Cochrane, PhD, RN, FAAN; Karen G. Schepp, PhD, RN, FAAN; and Nancy F. Woods, PhD, RN, FAAN (2017) *Measuring Social Isolation in the National Health and Aging Trends Study*. Research in Gerontological Nursing, vol. 10, nº. 6, Seattle, Washington, University of Washington School of Nursing.

Kasper, J.D., & Freedman, V.A. (2015). *National Health and Aging Trends Study user guide: Rounds Final Release*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health.

Litvoc, J. e Brito, F. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.

Lubkin, I., Larsen, P. (2006). *Chronic Illness impact and interventions*. 6th edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Momtaz, Y.A., Hamid, T.-A., Ibrahim, R., Yahaya, N., & Chai, S.T. (2011). *Moderating effect of religiosity on the relationship between social isolation and psychological well-being*. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 141-156. doi:10.1080/13674676.2010.497963.

Montaquila, J.D., Freedman, V.A., Edwards, B., & Kasper, J.D. (2012). *National Health and Aging Study round 1 sample design and Selection (NHATS Technical Paper)*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health.

Netto, M. (2002). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

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 (2012) *Classificação Internacional para a prática da Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

OMS, Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Acedido a 10 de abril de 2019 em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

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

Pinto, A (2010). *As potencialidades do agente comunitário de saúde na efetivação da promoção da saúde: Uma análise das suas ações no município de Marília-SP*. Dissertação de Mestrado. In *Biblioteca digital de teses e dissertações da USP*. Acedido a 18 de março de 2019 em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/.../Adriana_Avanzi.pdf

Pité, J. (2004). *Dicionário Breve de Sociologia*. Lisboa: Editorial Presença.

Portal do envelhecimento (2014). *Em Portugal, 400 mil idosos vivem sozinhos*. Acedido em 18 de março de 2019 em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/em-portugal-400-mil-idosos-vivem-sozinhos/>

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

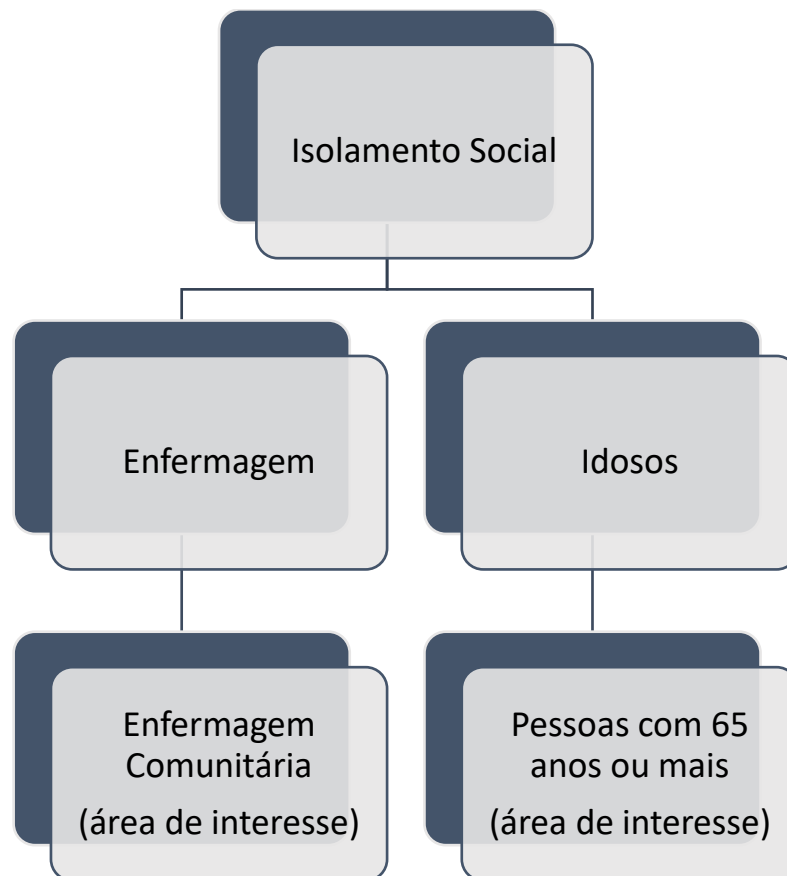
Schorr, A. V., Khalaila, R. (2018) *Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model*. Archives of Gerontology and Geriatrics. Israel.

Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). *Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. International Journal of Older People Nursing. 282-288.

World Health Organization (2009). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2014). *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: WHO.

Appendix I: Mapa Conceptual



Adaptado de Curso 1st Comprehensive Systematic Review Training
Program (CRSTP) Portugal Centre for Evidence Based Practice – PCEBP.
ESENFC_UICISA

Appendix II: Initial Search Strateg

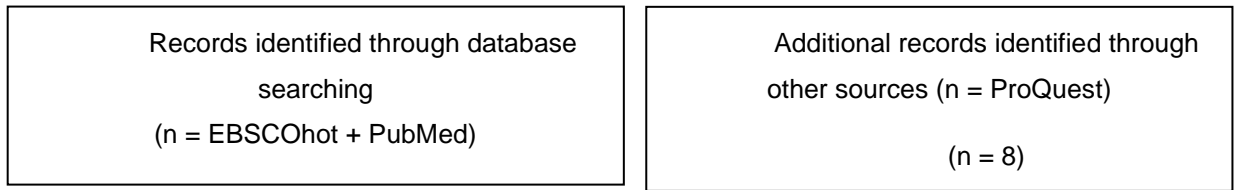
Tabela 1- Nurs***AND** Social Isolation **AND** Aging

Base de Dados Palavras- chave	Plataforma EBSCO				PROQUEST	PUBMED
	CINAHL	NURSING	MEDLINE	MEDICLATINA		
1-Nurs*	0	31680	36481	3702	1491	32336
2- Social Isolation	0	1499	1939	63	110	1863
3- Aging	0	10125	32175	1526	1546	27999
1 AND 2	0	903	1143	38	64	228
1 AND 3	0	4747	10082	330	149	1552
1 AND 3	0	552	1260	23	34	164
1 AND 2 AND3	0	21	61	1	8	20

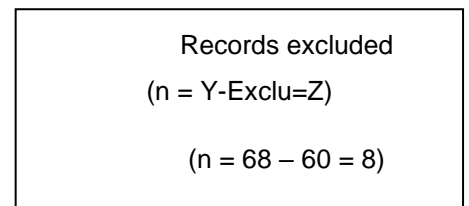
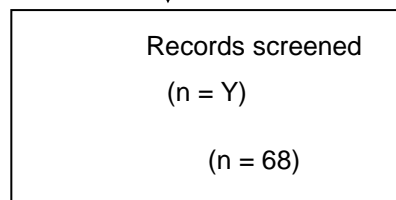
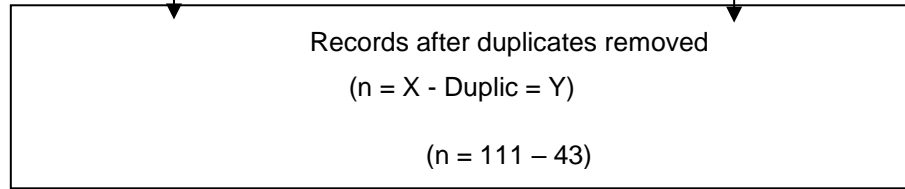
Appendix III: PRISMA 2009 Flow Diagram



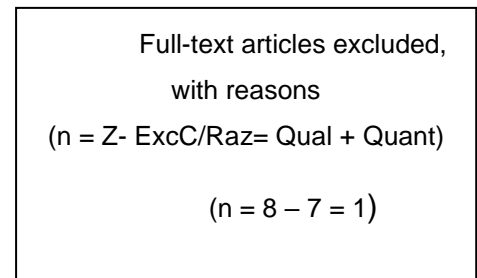
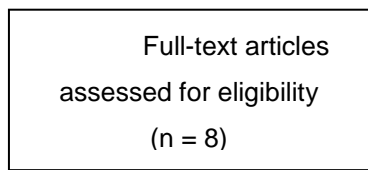
Identification



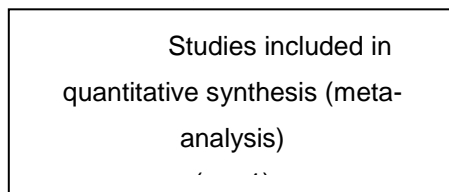
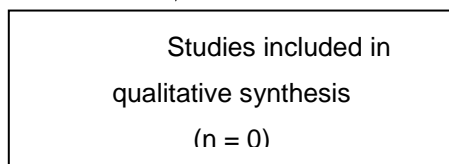
Screening



Eligibility



Included



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Appendix IV: Data extraction instrument

Artigo: Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model.

<p>Artigo nº1 – Data extraction instrument</p> <p>Revisor: Anabela Santos</p> <p>Título da Revisão: Quais as intervenções de enfermagem no isolamento social nos idosos.</p> <p>Questão: Quais as intervenções de enfermagem no isolamento social nos idosos?</p> <p>CrITÉRIOS de Inclusão (PCC):</p> <p>População: Idosos com idade igual ou superior a 65 anos.</p> <p>Conceito: Isolamento Social, Idosos, Intervenções de Enfermagem</p> <p>Contexto: Comunitário</p>
<p>➤ <u>Autores:</u></p> <p>Adi Vitman Schorr, Rabia Khalaila</p>
<p>➤ <u>Ano da Publicação:</u></p> <p>2018</p>
<p>➤ <u>País de origem:</u></p> <p>Israel</p>
<p>➤ <u>Objetivos:</u></p> <p>Explorar os efeitos através de uma mediação moderada, na capacitação acessibilidade observada ao ambiente e à qualidade de vida ao longo da velhice. Esta mediação teve ainda em consideração duas vias mediadoras, uma via social e outra via espacial, ou seja, a solidão e a ligação ao ambiente natural, respetivamente. Depois, como vias moderadoras foram utilizadas duas: a primeira foi a incapacidade funcional e a segunda o estado civil dos idosos.</p>
<p>➤ <u>Metodologia/métodos:</u></p> <p>O método de estudo utilizado no artigo foi o quantitativo, sendo este um estudo transversal. Como metodologia, foi estratégia foi utilizado um método de repetição de amostras para testar as hipóteses de mediação moderada.</p>
<p>➤ <u>Fontes de pesquisa utilizadas:</u></p> <p>O presente estudo baseia-se em dados da Pesquisa de Saúde, Envelhecimento e Reforma na Europa (SHARE), que inclui 15 países: Áustria, Bélgica, Suíça, República Checa, Alemanha, Dinamarca, Estónia,</p>

Espanha, França, Israel, Itália, Luxemburgo, Países Baixos, Suécia e Eslovênia. A recolha dos dados SHARE baseia-se numa entrevista pessoal assistida por computador (CAPI). Para mais detalhes sobre a coleta de dados SHARE. (Börsch-Supan et al., 2013). COMPARTILHAR inclui entrevistados com 50 anos ou mais, bem como seus parceiros de qualquer idade. A análise atual utilizou dados da quinta onda de SHARE que foram coletados em 2012 – 2013. A analítica atual amostra compreende 13.828 indivíduos com 65 anos ou mais que participou na onda cinco e para quem não havia dados em falta sobre a variável dependente - qualidade de vida.

➤ **Interpretação desenvolvida:**

“Durante a última década, muitas organizações e governos encorajaram o desenvolvimento de ambientes sociais e físicos amigos dos idosos, de forma a promover a saúde do idoso, o bem-estar, a qualidade de vida e a capacidade de envelhecer no seu próprio ambiente familiar.” (p. 1)

“O envelhecimento no local onde vivem é definido como “permanecer para viver na comunidade, com algum nível de independência (por exemplo, receber ajuda de familiares ou cuidadores, mas sem a necessidade de se afastar da comunidade, ao contrário de envelhecer num lar.” (p. 1)

“A maioria das pessoas prefere envelhecer no seu próprio lar porque é visto como a possibilidade de manter a sua independência e autonomia e deste modo, ficarem ligados ao seu próprio apoio social, incluindo amigos e familiares, reduzindo o isolamento social e a solidão.” (p. 1)

“Um dos fatores mais importantes para os idosos envelhecerem no seu ambiente normal é a capacitação da acessibilidade aos serviços e lugares (comércio, serviços públicos, etc.) no seu ambiente normal (onde os idosos viveram ao longo das suas vidas, usar os serviços públicos, clínicas, etc.) e a ligação criada com o seu ambiente normal (conexão ao local).” (p. 1)

“Para um envelhecimento bem-sucedido no local, moradia e vizinhança ambientes precisam promover a acessibilidade e facilitar os idosos independência e atividade das pessoas.” (p. 1)

“Pesquisas recentes sugerem que mobilidade, independência e qualidade de vida entre os idosos está intimamente relacionada com o ambiente físico, bem como a capacitação da acessibilidade aos serviços e outros locais envolventes.” (p.1)

“Até o momento, há poucas pesquisas que estudam as relações interpessoais e os mecanismos, nos quais a capacitação da acessibilidade aos serviços do seu ambiente residencial, solidão, ligação ao ambiente natural e a incapacidade funcional contribuem para a qualidade de vida dos idosos.” (p.1)

“Um acesso mais fácil a serviços e locais foi associado a um menor isolamento social e a um menor sentimento de solidão...” (p. 2)

“...bem como a inacessibilidade a serviços e a outros locais podem estar associados a um maior grau de isolamento social e solidão.” (p. 2)

“A solidão é definida como sentimento angustiante e subjetivo que pode resultar do isolamento social. Este sentimento pode ainda estar ligado às inacessibilidades físicas do ambiente natural e habitacional dos idosos, tendo deste modo, um impacto significativo na mobilidade, independência e qualidade de vida dos mesmos na comunidade.” (p. 2)

“Alguns estudos indicam também que os idosos que vivem sozinhos ou que são solteiros apresentaram maiores níveis de solidão e uma menor qualidade de vida do que aqueles que são casados ou que vivem com um parceiro.” (p. 2)

“A capacitação da acessibilidade operacionalizada com a facilidade de acesso a quatro serviços e locais que se referem à vida diária: banco, mercearia, clínico geral e farmácia. Os entrevistados avaliaram como era fácil chegar a cada um desses serviços ... as respostas foram dadas em 4 escalas, variando de (1) muito facilmente a (4) muito difícil. A pontuação da soma de a escala da capacitação da acessibilidade é baseada na codificação reversa dos quatro itens, em que maiores pontuações representaram um acesso mais fácil aos serviços (Alfa de Cronbach, $\alpha = 0,93$).” (p. 3)

“Este estudo controlou seis variáveis socioeconômicas de base e três fatores relacionados à saúde. Variáveis de fundo incluíram gênero, idade, estado civil, anos de escolaridade e situação profissional. Idade e anos de educação foram ambos definidos como medidas contínuas. Sexo era um dicotômico (0 = masculino, 1 = feminino). A situação de emprego foi dicotomizada como “empregado = 1” ou “desempregado / reformado = 0”. O estado civil foi codificado como parceiro = 1 ou sem parceiro (solteiro, viúvo ou divorciado) = 0. O estado civil foi proposto como moderador no estudo atual.” (p. 3)

“A estatística descritiva foi utilizada para calcular as médias e os desvios-padrão das variáveis contínuas, a percentagem e frequência das variáveis. Na segunda etapa, as análises foram realizadas para verificar a associação entre a capacitação da acessibilidade, mediadores, covariáveis e a variável dependente, utilizando para esse efeito um teste t independente e testes de correlação de Pearson ou Spearman.” (p. 4)

“... de seguida, foram testadas as hipóteses de mediação e mediação moderada, seguimos as diretrizes do método analítico...usando o PROCESS modelo 21, que testa simultaneamente a mediação e os efeitos de mediação moderada.” (p. 4)

“...média na qualidade de vida (autorrealização / grau de prazer) é de 19,6, indicando alta avaliação da qualidade de vida. Médias pontuações de acessibilidade percebida aos serviços e conexão ao local foram

bastante elevadas nesta amostra. O nível de solidão estava em baixa com uma média de 3,84 e variou entre 3 e 9.” (p. 4)

“O resultado indicou um efeito direto significativo (caminho c; sem mediador) de capacitação de acessibilidade na qualidade de vida ($B = 0,26$, $t(13,828) = 23,76$, $p = 0,001$, IC 95% = 0,23, 0,27; $R^2 = 0,15$), um efeito direto significativo (caminho c'; com mediadores) ($B = 0,19$, $t(13,828) = 18,59$, $p = 0,001$, IC95% = 0,16, 0,20; $R^2 = 0,28$) e um efeito indireto significativo através da solidão ($B = 0,04$, IC 95% = 0,03, 0,05), e através de conexão com o ambiente natural ($B = 0,03$, IC 95% = 0,02, 0,04).” (p. 5)

“...o efeito da capacitação da acessibilidade no primeiro mediador (solidão). Os resultados mostraram que um acesso mais simples aos serviços e lugares está associado a menores graus de sentimentos de solidão.” (p. 5)

“Constatou-se também que o número de limitações das IADL foi positivamente associado aos escores de solidão (caminho a2). O efeito da acessibilidade percebida - interação do IADL na solidão (caminho a3) também foi significativo [$B = -0,04$, $p = 0,002$].” (p. 5)

“...o efeito da acessibilidade percebida no segundo mediador (conexão ao local). O resultado indicou que a facilidade de acesso a serviços e sites foi positivamente correlacionada a conexão para colocar entre os idosos com 65 anos ou mais a4).” (p. 6)

“Os resultados indicam um efeito direto significativo da acessibilidade percebida na qualidade vida (caminho c1) mesmo depois de incluir as covariáveis, mediadores e moderadores ($B = 0,15$, $t(13,828) = 14,97$, $p = 0,001$, IC 95% = 0,13, 0,17; $R^2 = 0,31$). Os resultados também revelaram que escores mais altos de qualidade de vida estão relacionados a níveis mais baixos de solidão (caminho b1; $B = -0,69$, $p = 0,001$), e maior conexão para colocar escores (caminho b2; $B = 0,37$, $p = 0,001$).” (p. 6)

“Não foi encontrada associação entre estado civil e qualidade de vida (caminho b3; $B = -0,52$, $p = 0,31$). Embora, um efeito de interação de A solidão e o estado civil da qualidade de vida foram estatisticamente significativos (caminho b4; $B = 0,16$, $p = 0,001$).” (p. 6)

“Os resultados mostram uma inclinação relativa negativa entre a capacitação da acessibilidade e a solidão, sendo mais elevado entre os entrevistados com Limitações de AIVIs ($B = -0,06$, $p = 0,001$) do que entre aquelas sem Limitações de AIVD ($B = -0,03$, $p = 0,001$). (p. 6)”

“Em média, os valores de solidão são maiores entre os entrevistados com AIVIs limitações em comparação com os entrevistados sem limitações de IADL, essa diferença é reduzida sob condições de elevada capacitação de acessibilidade a serviços ou lugares. (p. 6)

“...a análise de moderação simples foi realizada para verificar o efeito da capacitação de acessibilidade - interação do estado civil e qualidade de vida. Os resultados mostraram que entre casados e solteiros entrevistados, os valores mais altos de solidão foram significativamente associados com menores valores de qualidade de vida. Curiosamente, a associação é significativamente mais elevada entre os entrevistados não casados. Enquanto no caso de pessoas casadas, o coeficiente estimado foi ($B = -0,93$, $p = 0,001$), o valor do coeficiente para respondentes não casados foi ($B = -0,86$, $p = 0,001$).” (p. 6)

“O presente estudo pressupõe uma ligação entre a capacitação da acessibilidade e a qualidade de vida nos idosos pode ocorrer direta e/ou indiretamente através de dois mediadores (solidão e ligação ao seu ambiente normal, onde está inserido). Foi ainda colocada a hipótese de que a incapacidade funcional (níveis de limitação nas AIVD) e o estado civil servem como moderadores na capacitação da acessibilidade e qualidade de vida através do sentimento da solidão.” (p. 6)

“Idosos com uma ligação elevada ao ambiente onde estão inseridos tendem a apreciar a sua área de residência e o meio envolvente, que os encoraja a sair, sentirem-se socialmente integrados, altamente familiarizados com o ambiente físico fazendo parte integrante da sociedade onde está inserido. A ligação destas relações multifacetadas origina o desenvolvimento de uma qualidade de vida elevada nos idosos.” (p. 7)

“Tal como esperado, o sentimento de solidão serve como mediador entre a acessibilidade e a qualidade de vida. Por outras palavras, acessos mais fáceis a serviços e locais estão associados a uma menor solidão e que por sua vez, está associada a uma melhor qualidade de vida.” (p. 7)

“Estes resultados vêm reforçar os resultados obtidos em estudos anteriores, que a incapacidade funcional no idoso aumenta o sentimento de solidão.” (p. 7)

“A imobilidade dos idosos fora de suas casas, devido a ambientes inacessíveis, promove o isolamento, tornando-os cada vez mais incapacitados e cada vez mais sós, promovendo o isolamento social.” (p. 7)

“Os resultados mostram ainda, que a relação negativa entre a solidão e a qualidade de vida é mais forte entre idosos que vivem sós do que idosos que vivem acompanhados.” (p. 7)

“Este estudo alerta para um risco elevado para a ausência de qualidade de vida nos idosos que vivem

sós, rico que pode ainda ser agravado com um menor acesso aos serviços, maior incapacidade funcional e elevados graus de solidão e de isolamento. Este estudo sugere que as intervenções para reduzir a solidão e o isolamento de forma, a garantir uma melhor qualidade de vida dos idosos passa por ter em conta, em estudo futuros, o estado civil e a incapacidade funcional dos idosos.” (p. 7)

➤ **Nível de Evidência alcançado (se aplicável)**

Level 4 – Cross-sectional study

➤ **Contributo para a questão de revisão**

O presente estudo indica um papel fundamental das características ambientais (por exemplo, acessibilidade, ligação ao ambiente onde está inserido) na avaliação da qualidade de vida dos idosos na Europa. A acessibilidade aos serviços e locais é um fator importante para uma melhor qualidade de vida e que determina outros aspetos do envelhecimento no seu ambiente familiar (sentimentos de solidão, ligação ao ambiente onde está inserido), que por sua vez, estão associados á qualidade de vida nos idosos. Por outras palavras, a possibilidade dos idosos terem a capacidade de poder sair de suas casas e inclusivamente poderem participar em atividades de âmbito social tem um grande impacto na sua qualidade de vida, saúde, felicidade e inclusivamente nos seus níveis de solidão. O indivíduo tem a oportunidade de envelhecer sentindo-se como parte integrante do local que sempre foi o seu ambiente familiar e ainda a ter a vantagem de se sentir ativo. Além disso, os resultados mostram que a incapacidade funcional do idoso e o seu estado civil pode aligeirar estas associações.

Todos os políticos, prestadores de serviços, bem como enfermeiros devem estar atentos e informados sobre estes grupos de risco (idosos incapacitados e idosos que vivem sós) de forma, a criar planos de intervenção adequados e acessíveis para os idosos, quer sejam estes idosos dependente ou independentes, residentes no seu ambiente social e familiar.

Portanto, os resultados do estudo sugerem cooperações multidisciplinares entre geógrafos, arquitetos, enfermeiros (especializados em enfermagem geriátrica e comunitária) e sociólogos, de forma a compreender os mecanismos complexos que estão ligados à acessibilidade e à qualidade de vida nos idosos.

ANEXO

ANEXO I

Artigo: Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model.

ARTICLE IN PRESS

Archives of Gerontology and Geriatrics (2018) xxx–xxx



Contents lists available at ScienceDirect

Archives of Gerontology and Geriatrics

Journal homepage: www.elsevier.com/locate/archger

Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model

Adi Vitman Schorr^{a,*}, Rabia Khalaila^b^a Department of Social Science, Shamer Research Institute, University of Haifa, Haifa, Israel^b Department of Nursing, Zefar College, Zofar, Israel

ARTICLE INFO

Keywords:
 Connection to place
 Quality of life
 Loneliness
 Perceived accessibility

ABSTRACT

Objective: We explored the moderated-mediation effects of perceived accessibility to the environment on quality of life in later life via two socio-spatial mediators (loneliness and connection to place) and two moderators (functional disability and marital status).

Method: We utilized the data of the fifth wave of the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe (SHARE) to analyze the quality of life of 13,828 Europeans aged 65 or older. Bootstrapping with resampling strategies was used to test the moderated-mediation hypotheses.

Results: Higher scores for perceived accessibility to services and sites was associated with greater quality of life. This relationship was partially mediated by lower loneliness and higher connection to place, and moderated by functional disability and marital status.

Discussion: Policymakers and planners should plan suitable, accessible and age-friendly social and spatial environments for dependent and independent older adults. They should also suggest interventions to mitigate social loneliness and modify spatial obstacles.

1. Introduction

Over the last decade, many organizations and governments have encouraged the development of age-friendly social and physical environments to promote elder health, wellbeing, quality of life and ultimately, the ability to age in place (Lehning, Smith, & Dunlap, 2015). Aging in place is defined as “remaining to live in the community, with some level of independence (e.g., receiving help from family members or caregivers, but without the need to move away from the community (Davey, de Joux, Genesh, & Arcus, 2004), rather than in residential care”. Most people prefer to age in place because it is seen as allowing older adults to maintain independence and autonomy, and as enabling them to stay connected to social support, including friends and family (Rantz et al., 2005), reducing social isolation and loneliness (Wiles et al., 2009).

One of the most important foundations in the ability of older adults to age in place is perceived accessibility to services and sites (trading areas, public services, etc.) in their living environment (where the elderly live their lives, use the public services, clinics, etc.) (Grimston, Iwarsson, Ryberg, Pettersson, & Slaug, 2016) and connection to the living environment itself (connection to place) (Ruin, 2015; Burholt, 2006). For successful aging in place, housing and neighborhood

environments need to promote accessibility and to facilitate older people's independence and activity (Burton, Mitchell, & Stride, 2011). Recent research (Liu, Everingham, Warburton, Cuthill, & Bartlett, 2009) suggests that mobility, independence and quality of life among older people is closely related to the physical environment, such as the perceived accessibility to services and sites (Gibson, 2000).

To date, there is little research which studies the interrelationships and mechanisms in which perceived accessibility to neighborhood services, loneliness, connection to place and functional disability contribute to the quality of life of older adults.

2. Literature review

Researchers have found that oftentimes older adults are less active than they want to be because the environment does not provide sufficient accessibility and poses obstacles. For instance, when the pavements (walkways/sidewalks) are cracked and the area is not well-lit (Turel, Yigit, & Altug, 2007; Valdemarsson, Jernryd, & Iwarsson, 2005), older adults perceive their environment as inaccessible and avoid going outside and using essential services in their living areas. This, in turn, prevents them from aging with dignity in their home settlements (the places where the elderly live and use for their everyday lives).

* Corresponding author.
 E-mail address: advitman@gmail.com (A. Vitman Schorr).

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.009>
 Received 25 December 2017; Received in revised form 10 April 2018; Accepted 12 April 2018
 0167-4943/© 2018 Elsevier B.V. All rights reserved.

Please cite this article as: Vitman Schorr, A., Archives of Gerontology and Geriatrics (2018), <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.009>

ARTICLE IN PRESS

A. Vlasov Schurr, A. Khalifa

Archives of Gerontology and Geriatrics 102 (2022) 105–122

Actual and perceived accessibility of the outdoor environment and the ability to act outside the home are fundamental to older adults, and contribute to their well-being and quality of life (Hantsookko et al., 2010; Stoeckel & Litwin, 2015). Actual accessibility is measured in values of time or distance (Gregory, Johnston, & Smith, 1986; Haas, 2009; Hirtle, 1979). However, perceived accessibility has been revealed as the most significant measure to evaluate accessibility to these neighborhood services and sites (Gregory, Johnston, Pruitt, Watts, & Whittman, 2009; Stoeckel & Litwin, 2015; Wang, Brown, & Liu, 2015). Perceived accessibility has a major influence on quality of life not only for elderly, but for the general population. The accessibility to important services and facilities in the living environment (e.g., access to public transportation, shops, gastronomy, schools, and others) was found to be a key attribute, contributing significantly to residents' satisfaction with their living environment (Siry & Corneil, 2002; Takem, 2002). Although it is a complex concept, many studies have measured accessibility using either the objective distance or the perceived proximity to services and facilities. Recently, Zanker, Petersen, and Aholt (2013) have stated that access to central services and sites in the living environment was the strongest predictor of satisfaction in a sample of German agglomerations. Their approach to an index of city satisfaction was also built only on the perceived, self-reported ratings of residents (Wirth, Gros-Rogney, & Stauffacher, 2015).

2.1. Theoretical framework

Perceived environment accessibility is very important and beneficial to older adults in many aspects of life, such as enjoyment of sunlight, opportunities to obtain new information, physical exercise, and access to services, such as older adult day clubs, clinics, or the gym, meetings with friends, and recreational activities, such as shopping or coffee (Kweon, Sullivan, & Wiley, 1998; Sugiyama & Thompson, 2007). According to the environmental gerontology ecology model (Lawton & Nahemow, 1973; Wahl, Swanson, & Oswald, 2012), good compatibility, namely, an adequate match between older adults and their environment (starting with the home, but also the living area) results in greater psychological wellbeing and better quality of life. Studies have shown that perceived and actual environment accessibility are associated with subjective wellbeing and quality of life in later life (Serr, Rosenberg, & Frank, 2012; Stoeckel & Litwin, 2015). One of the main outcomes of perceived accessibility is the opportunity to take part in social interactions, which have been shown to be important for good health, wellbeing, better quality of life and even reduced mortality among older adults (Lawton, 1991; WHO, 2007). People tend to leave their homes if they have a positive image of their environment as being walkable and accessible (Richard, Gauvin, Gosselin, & Lafrest, 2008). Perceived accessibility to local services is an important indicator of a

community being characterized as age friendly. In such settings, aging in place unfolds with greater ease and to a greater degree than in areas having few services at a small distance away (Scharlach, Davis, Lehning, Greenfield, & Graham, 2014).

Quality of life is related to many life aspects; the most frequent are social relationships, social activity, services in the living environment, perceived self-health, and physical characteristics (Felce & Perry, 1995; Lawton, 1991; Litwin, 2005). Since these variables are the most common in explaining quality of life, the aim was to understand how perceived accessibility relates to quality of life via mediators and moderators. The mediators and moderators represent a combination of social, personal and environmental variables, as has been found in many studies relating to quality of life and ageing in place (Amit & Litwin, 2010; Gunt & Bowling, 2011; Jecovich, 2014; Li et al., 2014; Perez, Fernandez-Mayoralas, Rivera, & Abuin, 2001; Vitman Schorr, Jecovich, & Alhadi, 2013).

2.2. Loneliness

Perceived easier access to services and sites has also been found to be associated with lower social isolation and feelings of loneliness (Burton et al., 2011; WHO, 2007), and perceived inaccessibility to services and sites can be associated with greater social isolation and loneliness (Hall, Havens, & Sylvestre, 2003). Loneliness is defined as a subjective distressing feeling that might result from social isolation (Ashida & Henney, 2008; Cloutier-Fisher, Kobayashi, & Smith, 2011). This feeling might be connected to the physical character of the neighborhood since the physical attributes of the neighborhood have a significant impact on mobility, independence and quality of life of community-dwelling older adults (Burton et al., 2011). As such, in the U.K. and other places, neighborhood planning takes into account the ability of older adults to get to services and amenities on foot, to be able to attend social activities and to have the opportunity of engaging in social interactions (Godfrey, Townsend, & Denby, 2004). Given the above relationships between perceived accessibility, loneliness, and quality of life, one may assume that loneliness can mediate the relationship between perceived accessibility and quality of life.

2.3. Marital status and functional disability

The literature has also revealed two factors that may influence the associations between perceived accessibility, loneliness and quality of life in later years: **marital status** (Syed et al., 2017), and **functional disability** (Hall et al., 2003; Perinimatu, Stijacic Cesaric, & Covinsky, 2012). For example, ill and disabled elderly people perceived of access to services and places as more difficult than independent seniors (Valdemarsson et al., 2005). In this case, disabled older adults might find themselves socially isolated (Hall et al., 2003; Lawton, 1990), which might also decrease their quality of life (Hao et al., 2017). However, other studies have shown that easier and more suitable access to services and sites for disabled persons, particularly among older adults, would encourage them to leave their homes, and this might increase their social interactions and reduce their loneliness and isolation (Cho, McLachlan, Clarke, & Mannan, 2016). Therefore, it is important to explore whether perceived accessibility levels influence quality of life differently among older adults with functional disability and among those with no limitations.

Some studies also indicate that older adults living alone or who are unmarried reported higher loneliness levels (Lukobonski & Hallberg, 2005; Lee & Bulanda, 2005) and a lower level of quality of life than those who are married or who are living with a partner (Lee & Bulanda, 2005). In this case, one can assume that the effect of perceived accessibility on quality of life via loneliness depends on whether the older adults have a partner or not. Perceived accessibility can also contribute to a greater connection to place (Shamai, 1991).

Connection to place (or attachment to the living area or the close living environment) is expressed by close acquaintance with the physical environment together with strong feelings of belonging to a place and being part of its social and cultural fabric for many years. These feelings develop in most cases after many years of residence (Shamai, 1991). Previous studies have found that the connection to place is considered a strong predictor of social well-being and high quality of life, especially in a population of older adults (Osler & De Piccoli, 2010; Taylor, 2001). These relationships between perceived accessibility, connection to place and quality of life may indicate that connection to place mediates the relationship between perceived accessibility and quality of life.

Quality of life is also influenced by a variety of socio-economic variables. For example, greater quality of life has been found to be related to females (Campos, Ferreira, Vargas, & Alhadi, 2014); to younger older adults (Gayle, Sexton, & Sakara, 2013); to those with higher education levels (Lasheras, Patterson, Lasheras, Casado, & Fernandez, 2001); and continuous employment (Chandola, Brunner, &

ARTICLE IN PRESS

A. Visser *et al.*, *Khatibi**Archives of Gerontology and Geriatrics* xxx (xxxx) xxx–xxx

Marmot, 2006; Wahrendorf, Dragano, & Siegrist, 2013). Health related factors can also be associated with quality of life. For instance, greater quality of life has been found to be related to good perceived health (Ishizaki, Kai, & Iizumaki, 2006; Lin, Yen, & Petron, 2006) and a lower number of chronic diseases (Chen & Chen, 2017).

3. Hypotheses

3.1. The mediation hypotheses

The effect of perceived accessibility on quality of life occurs directly and/or indirectly via mediators (loneliness and connection to place), while controlling for covariates.

- 1 Higher perceived accessibility is associated with greater quality of life among elderly adults aged 65 and older.
- 2 Higher perceived accessibility is associated with lower loneliness, which is associated to greater quality of life among elderly adults aged 65 and older.
- 3 Higher perceived accessibility is associated with higher connection to place, which is associated to greater quality of life among elderly adults aged 65 and older.

3.2. The moderated – mediation hypotheses

- 1 The indirect effect of perceived accessibility on loneliness depends on the limitation levels in Instrumental Activities of Daily Living (IADLs).
- 2 The indirect effect of loneliness on quality of life depends on whether the respondent is married or not.

4. Methods

4.1. Data and sampling

The present study is based on data from the Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe (SHARE), which includes 15 countries: Austria, Belgium, Switzerland, Czech Republic, Germany, Denmark, Estonia, Spain, France, Israel, Italy, Luxembourg, Netherlands, Sweden, and Slovenia. SHARE data collection is based on computer-assisted personal interviewing (CAPI). For more details on SHARE data collection, see the methodology of Burch-Sapan (2017), Burch-Sapan *et al.* (2013). SHARE includes respondents aged 50 years and older as well as their partners of any age. The current analysis used data from the fifth wave of SHARE which were collected in 2012–2013. The current analytic sample comprises 13,828 individuals aged 65 and older who participated in wave five and for whom there was no missing data on the dependent variable – quality of life.

5. Measures

5.1. Dependent variable

Quality of life—measured by six items drawn from the CASP-12 scale developed by Von dem Knesebeck *et al.* (2005) Von dem Knesebeck, Hyde, Higgs, Kupfer, & Siegrist, (2005). CASP-12 scale assesses quality of life, divided into four domains: control, autonomy, self-realization, and pleasure (Wiggins, Netemil, Hyde, Higgs, & Blane, 2000). The six items used in the current study reflect two domains: self-realization and pleasure, and included: “Look forward to each day, Life has meaning, Look back on life with happiness, Feel full of energy, Full of opportunities, looks good”. Each statement is measured on a 4-point Likert scale, showing how often it is relevant in the respondent's life: 1 (often), 2 (sometimes), 3 (rarely), or 4 (never). The overall score was based on reverse-coding of the six items. Total score ranged from 6 to 24, with higher scores indicating higher quality of life (Cronbach $\alpha = 0.82$).

5.2. Independent variable

5.2.1. Perceived accessibility

Operationalized as the ease of access to four services and sites that pertain to daily life: bank, grocery store, general practitioner and pharmacy. Respondents were asked to rate how easy it was to get to each of these services and sites. Answer categories were on 4-point scale, ranging from (1) very easy to (4) very difficult. The sum score of the perceived accessibility scale is based on reverse-coding of the four items, in which higher scores represented easier access to the services (Cronbach's alpha in the current analysis = 0.93).

6. Mediators

6.1. Loneliness

The measure was developed by Hughes and colleagues in 2004 to assess loneliness in large scale surveys (Hughes, Waite, Hawkey, & Cacioppo, 2004). The variable “loneliness” contains a sum score based on reverse-coding of three items: *Feel lack of companionship; Feel left out; Feel isolated from others*. Likert-type scores for each item ranged between 1 (Often), 2 (Some of the time) and 3 (Hardly ever or never). The total score range between 3 and 9, with higher scores indicating greater loneliness ($\alpha = 0.75$).

Connection to place—was evaluated by four items: “Feeling part of this area”, “Vandalism/Crime is a big problem in this area”, “Area is kept very clean”, “If I were in trouble, there are people in this area who would help me.” Likert-type scores ranged between 1 (strongly disagree) and 4 (strongly agree) with higher scores indicating greater connection to place. Scores ranged between 4 and 16. Internal consistency for the whole measure in the current analysis (Cronbach's alpha) was $\alpha = 0.70$.

6.2. Covariates and moderators

The study controlled for six background socioeconomic variables and three health related factors. Background variables included gender, age, marital status, years of education and employment status. Age and years of education were both defined as continuous measures. Sex was a dichotomous (0 = male, 1 = female). Employment status was dichotomized as “employed = 1” or “unemployed/retired = 0”. Marital status was coded as with partner = 1 or without partner (single, widowed or divorced) = 0. Marital status was proposed as a *moderator* in the current study.

Health-related factors included three measures: self-rated health (SRH), physical health (by measuring the number of chronic diseases), and functional disability (by measuring the IADL limitation scores). **Self-perceived health** in wave five was determined by the respondents' descriptions of their general health on a scale ranging from “excellent” to “poor” (dichotomized here as (1) “less than very good (good, fair, poor)” and (0) “very good/excellent”). Thus, the variable reflects poor self-perceived health.

In terms of **physical health**, respondents were also asked to specify whether they were ever diagnosed with a chronic illness from a list of 14 diseases (e.g., heart failure, hypertension, cerebral vascular disease, diabetes, hyperlipidemia, chronic lung disease etc.). The chronic disease variable was calculated as the number of cited diseases and its score ranged from 0 to 14, with a higher score indicating more of these diseases.

Functional disability was obtained by reported difficulties in instrumental activities of daily living (IADL) (Lawton & Brody, 1969). IADL difficulties included using the telephone, shopping, housekeeping, laundry, transportation, managing medications, and managing finances, with a possible score of 0–7. The score was dichotomized to: (0) “no IADL difficulty” and (1) “one IADL difficulty or more”. This variable is proposed as a *moderator* in the current study.

ARTICLE IN PRESS

A. Mison Eshor, E. Khalifa

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (xxxx) xxx–xxx

6.3. Data analyses

Descriptive statistics were employed to calculate the means and standard deviations of the continuous variables and the percentage and frequency of the categorical variables. In the second stage, bivariate analyses were performed to examine the association between perceived accessibility, mediators, covariates and the dependent variable using an independent *t*-test, Pearson or Spearman correlation tests.

Next, to test the mediation hypotheses and moderated mediation hypotheses, we followed the guidelines of and employed the analytic methods outlined in Preacher and Hayes (2008). Hayes (2012) suggests using PROCESS model 21, which simultaneously tests mediation and moderated mediation effects. This model allows the indirect effects of the independent variable (*X*) on a dependent variable (*Y*) through two mediators (*M1* and *M2*) to be moderated by two moderators (*W* and *V*). The moderator (*W*) moderates the association between (*X*) and (*M1*); and the moderator (*V*) moderates the association between (*M1*) and (*Y*).

In the current study this method calculates the mediating effect between (*X*; perceived accessibility) and (*Y*; quality of life) through two mediators (*M1*: loneliness, and *M2*: connection to place) at several values of the two moderators (*W*: IADL; and *V*: marital status).

The first stage was to assess the direct effect (weight *C*) of the independent variable (perceived accessibility) on the dependent variable (quality of life) with the mediators; and the total effect without the mediators (weight *C*) while controlling for covariates and moderators, using the PROCESS mediation model 4 (Hayes, 2012; Preacher & Hayes, 2008).

The second stage refers to the moderated mediation effects, using PROCESS model 21 (see Fig. 1, moderated mediation model) (Hayes, 2012). The first analysis in this model shows the indirect effects of (*X* (path *a1*), *W* (path *a2*), *XW* (path *a3*)) on *M1*. The second analysis shows the indirect effect of *X* on *M2* (path *a4*). The final analysis of the coefficients for the *C1* path reflects unstandardized regression weights

of the direct effect of *X* on the dependent variable (*y*) after taking into account mediators and moderators, and controlling for covariates. In this analysis, paths *b* reflect the effects of the mediators [*M1*(*b1*), *M2*(*b2*)], the effects of the moderator [*V* (*b3*)], and the effect of interaction [*M1* **V*](*b4*) on the dependent variable (*y*).

The total effect, conditional indirect and direct effects were calculated through bootstrapping set at 5000 samples. Confidence intervals

were calculated using this method by sorting the lowest to the highest of these 5000 samples of the original dataset, yielding a 95 percentile confidence interval. All analyses were run using SPSS 20.0 with the PROCESS statistical program (Hayes, 2012). All estimated effects reported by PROCESS are unstandardized regression coefficients.

7. Results

Table 1 shows that the sample consists of a majority of women, of respondents who are unemployed or retired, and who are married or have a partner. The age range was 65–108 years (Mean = 75.9, *SD* = 7.9). The average years of education were about 10.9. The respondents report, on average, two chronic diseases; about 21 percent have a limitation in at least one instrumental activity of daily life, and the majority rate their health as less than very good.

Their average score on quality of life (self-realization/pleasure subscales) is 19.6, indicating high appraisal of quality of life. Average scores of perceived accessibility to services and connection to place were fairly high in this sample. The loneliness level was in low with an average of 3.84, and ranged between 3 and 9 (see Table 1).

Table 2 presents the bivariate tests between the study variables with quality of life as the dependent variable. Results revealed that all socio-economic variables were significantly related to quality of life. The table shows that Israeli respondents have a lower quality of life than their European counterparts. It was also found that women, those with no partner, and unemployed respondents have lower quality of life than their counterparts. In addition, greater quality of life was associated with younger age, and higher education level. Lower quality of life was correlated with poor perceived health, physical limitations, and chronic diseases. Furthermore, perceived accessibility and connection to place were positively associated with quality of life, while loneliness was negatively correlated with quality of life.

7.1. The mediation analyses

Using PROCESS model 4, we first tested whether loneliness and connection to place mediated the relationship between perceived accessibility and quality of life, controlling for covariates. The results indicated a significant total direct effect (path *c*; without mediator) of perceived accessibility on quality of life (*B* = 0.26, *t*(13,828) = 23.76,

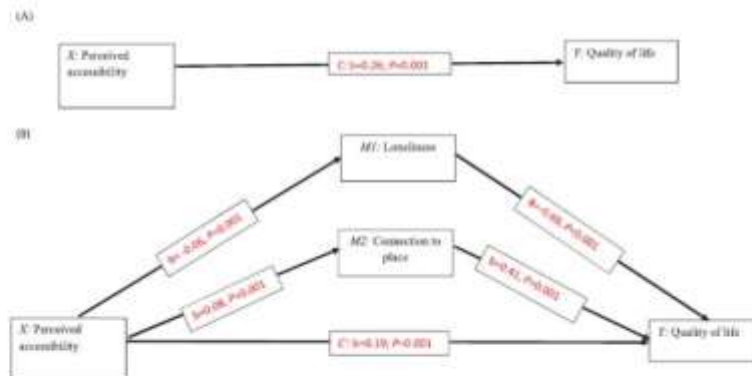


Fig. 1. The multiple mediating model depicting direct and indirect effects of Perceived accessibility (*X*) on Quality of life (*Y*) tested in the current study, controlling for covariates. Notes: Graphic A depicts the total effect (*C*) of Perceived accessibility (*X*) on Quality of life (*Y*). Graphic B depicts the direct effect (*C*) of Perceived accessibility (*X*) on Quality of life (*Y*) after including two mediator (*M1*: loneliness and *M2*: connection to place). Values represent unstandardized regression coefficients.

ARTICLE IN PRESS

A. Mwan Salim, K. Khalifa

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (xxxx) xxx–xxxx

Table 1
Descriptive statistics of the study variables (N = 13,828).

Covariates		N (value%)	Mean (SD)	Range
Gender	Female	49,808 (54.6)		
	Male	41,472 (45.4)		
Age			75.9 (7.8)	05–108
Education			10.9 (4.3)	0–25
Marital status	No partner	9560 (30.0)		
	Has partner	21,426 (69.1)		
Employment status	Unemployed	79,902 (90.2)		
	Employed	8672 (9.8)		
Self-rated health	Very good/excellent	19,348 (21.3)		
	Less than very good	71,644 (78.7)		
IADL	No limitations	71,516 (78.0)		
	1 + limitations	19,500 (21.6)		
Number of chronic diseases			2.0 (1.6)	0–14
Independent variable				
Perceived accessibility			12.5 (3.1)	4–16
Mediator				
Loneliness			3.84 (1.4)	3–9
Connection to place			13.17 (2.0)	4–16
Dependent variable				
Quality of life			19.6 (3.7)	6–28

Table 2
Bivariate tests of covariates and mediator with quality of life (N = 13,828).

Variables	Quality of life			
	Mean (SD)	Test	p-value	
Gender	Female	19.4 (3.7)	t = -14.9	0.001
	Male	19.8 (3.6)		
Age		r = -0.23	0.001	
Education		r = 0.26	0.001	
Marital status	No partner	18.7 (4.0)	t = -30.10	0.001
	Has partner	20.2 (3.3)		
Employment status	Unemployed	19.5 (3.7)	t = -46.13	0.001
	Employed	21.1 (2.9)		
Self-rated health	Very good/excellent	21.7 (2.6)	t = 112.92	0.001
	Less than very good	19.0 (3.6)		
IADL	No limitations	20.2 (3.3)	t = 108.5	0.001
	1 + limitations	16.9 (4.1)		
Chronic diseases		r = -0.31	0.001	
	Perceived accessibility	r = 0.27	0.001	
Loneliness		r = -0.39	0.001	
Connection to place		r = 0.26	0.001	

$p = 0.001$, 95%CI = 0.23, 0.27; $R^2 = 0.15$), a significant direct effect (path c'; with mediators) ($B = 0.19$, $t(13,828) = 18.59$, $p = 0.001$, 95%CI = 0.16, 0.20; $R^2 = 0.28$), and a significant indirect effect through loneliness ($B = 0.04$, 95% CI = 0.03, 0.05), and through connection to place ($B = 0.03$, 95% CI = 0.02, 0.04) (see Fig. 1).

7.2. The moderated mediation analyses

Table 3 shows the conditional indirect effect of perceived accessibility on quality of life through loneliness and connection to place, moderated by IADL and marital status, using PROCESS model 21. The first model in Table 3 shows the effect of perceived accessibility on the first mediator (loneliness). The results showed that easier access to services and sites was found to be associated with lower feelings of loneliness (path a1). It was also found that the number of IADL. Limitations was positively associated with loneliness scores (path a2). The effect of the perceived accessibility – IADL interaction on loneliness (path a3) was also significant ($B = -0.04$, $p = 0.002$).

The second model in Table 3 shows the effect of perceived accessibility on the second mediator (connection to place). The results

Table 3
Direct and indirect effect of subjective accessibility to services on quality of life through two mediators (loneliness and connection to place) conditionally in the level of two moderators (IADL and marital status) (N = 13,828).

Path: Predictor	B	SE	t	p	Adj R2 (p-value)
Mediator 1 variable model (M1): Loneliness					
Constant	3.85	0.15	24.53	0.001	0.09 (0.001)
a1: Perceived accessibility	-0.02	0.01	-3.70	0.001	
a2: IADL	1.07	0.15	7.39	0.001	
a3: Perceived accessibility*IADL	-0.04	0.01	-3.62	0.002	
Mediator 2 variable model (M2): Connection to place					
Constant	11.12	0.22	50.95	0.001	0.04 (0.001)
a4: Perceived accessibility	0.07	0.01	10.15	0.001	
Dependent variable model (Y = Quality of life)					
Constant	19.82	0.52	36.16	0.001	0.31
c1: Perceived accessibility	0.15	0.01	14.97	0.001	(0.001)
b1: loneliness	-0.09	0.03	-21.06	0.001	
b2: Connection to place	0.37	0.02	15.52	0.001	
b3: marital status	-0.52	0.46	-1.10	0.31	
b4: loneliness*marital status	0.16	0.05	3.68	0.001	
Covariates					
Gender	-0.17	0.05	-3.28	0.001	
Educational years	0.20	0.01	16.02	0.001	
Age	-0.01	0.07	-1.68	0.091	
Employment status	0.08	0.07	16.82	0.001	
Chronic diseases	-0.18	0.02	-15.26	0.001	
IADL	-1.12	0.05	-23.40	0.001	

Note: Value labels of categorical variables: gender (0 = female, 1 = male); Marital status (0 = no partner, 1 = has partner); employment status (0 = Unemployed, 1 = Employed); SRH (0 = Very good/excellent, 1 = less than very good); IADL (0 = no limitations, 1 = 1 + limitations).

indicated that ease of access to services and sites was positively correlated to connection to place among elderly aged 65 and older (path a4).

ARTICLE IN PRESS

A. Vlasov Schor, A. Khalaf

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (xxxx) xxx–xxxx

The final model in Table 3 showed the effect of perceived accessibility perception on quality of life, after taking into account all covariates, mediators and moderated mediation effects. The results indicated a significant direct effect of perceived accessibility on quality of life (path c'1) even after including covariates, mediators, and moderators ($B = 0.15$, $t(13,828) = 14.97$, $p = 0.001$, $95\%CI = 0.13, 0.17$; $R^2 = 0.31$). The results also revealed that higher quality of life scores are related to lower loneliness levels (path b2; $B = -0.69$, $p = 0.001$), and to higher connection to place scores (path b2; $B = 0.37$, $p = 0.001$). No association was found between marital status and quality of life (path b3; $B = -0.52$, $p = 0.31$). Although, an interaction effect of loneliness and marital status on quality of life was found to be statistically significant (path b4; $B = 0.16$, $p = 0.001$). The results also showed that men, employed, having more years of education and living in Europe (as compared with living in Israel) were all associated with higher quality of life. However, having more chronic diseases, and perceived health as less than very good were associated with lower quality of life scores. Finally, no association was found between age and quality of life.

A simple moderation analysis was next conducted to explore the effect of perceived accessibility – IADL interaction on loneliness. The results show that the slope of the negative relationship between perceived accessibility and loneliness is stronger among respondents with IADL limitations ($B = -0.06$, $p = 0.001$) than among those with no IADL limitations ($B = -0.03$, $p = 0.001$). In other words, while, on the average, loneliness scores are higher among respondents with IADL limitations as compared with respondents without IADL limitations, this difference is reduced under conditions of high perceived accessibility to services and sites (see Fig. 2).

Further simple moderation analysis was next conducted to examine the effect of the perceived accessibility – marital status interaction on quality of life. The results showed that among both married and unmarried respondents, higher loneliness scores were significantly associated with lower quality of life scores. Interestingly, the association is significantly stronger among unmarried respondents. While in the case

of married persons the estimated coefficient was ($B = -0.93$, $p = 0.001$), the value of the coefficient for unmarried respondents was ($B = -0.86$, $p = 0.001$) (see Fig. 3).

8. Discussion

The current study assumed that the connection between perceived accessibility and quality of life can occur directly and/or indirectly via mediators (loneliness and connection to place). It was also hypothesized that functional disability (IADL limitation scores) and marital status moderate the indirect paths between perceived accessibility and quality of life through feeling of loneliness.

First, as expected, the study findings revealed a significant positive association between adults' perceived accessibility and quality of life even after we take the covariates and mediators into account. Put differently, the easier the accessibility to services and sites in the living area, the greater the quality of life in old age. This finding is consistent with numerous studies (Burton et al., 2011; Gilroy, 2008; Liu et al., 2009; WHO, 2007) which have explored such relationships.

Furthermore, we found an indirect explanation consistent with the hypotheses for the relationship between neighborhood perceived accessibility, in terms of services and sites, and quality of life, through two mediators: connection to place and loneliness. These results suggest that the research findings confirm the hypothesis that feelings of loneliness and connection to place were key variables, partially explaining the pathway between perceived accessibility and quality of life.

Referring to the first mediator, connection to place, the result revealed that higher perceived accessibility is associated with stronger connection to place, and the latter is correlated with greater quality of life. These findings are consistent with previous research (Burton et al., 2011; Taylor, 2001), and reinforce the relationship between perceived accessibility and "sense of place" or "place attachment", which encapsulates both spatial and social entities (Gehlbolt, 2006). According to these theoretical terms, connection to place develops after a long period

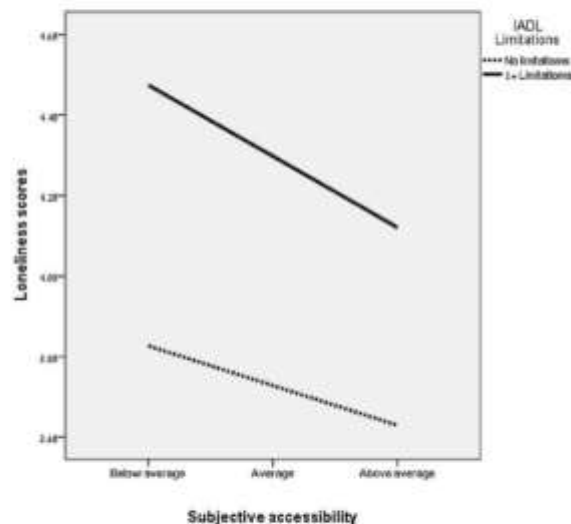


Fig. 2. Relationship between perceived accessibility and loneliness at different level of the moderator (W: IADL limitations: (no limitations, 1+ limitations), controlling for covariates.

ARTICLE IN PRESS

A. Vinton Schorr, A. Khalaf

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (xxxx) xxx–xxxx

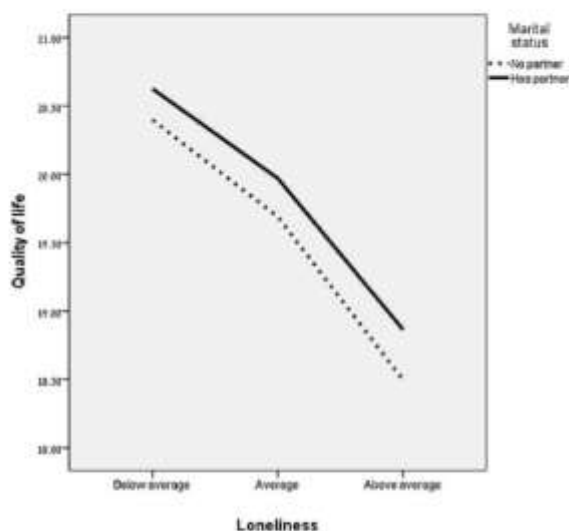


Fig. 3. Relationship between loneliness and quality of life at different values of the moderator (2: marital status: no partner, has partner), controlling for covariates.

of living in the same place with safety and easier access to services and sites, which increases familiarity with the physical environment and enhances feelings of belonging to the place (Dwinson, Stahl, & Lefqvist, 2013; Howies & Bernard, 2013). Therefore, elderly people with a high sense of place tend to appreciate their living area and environment, which encourages them to go outside, to be socially integrated, to be familiar with their physical living surroundings, to be connected to the physical surroundings and to be part of the social fabric. These multi-faceted relations create a high connection to place and thus develops high quality of life.

As expected, the results further showed that the second mediator, loneliness, mediates the relationship between perceived accessibility and quality of life. In other words, easier access to services and sites is associated with less loneliness, which in turn, is associated with greater quality of life. These findings are consistent with other studies that have shown a negative association between perceived accessibility and loneliness (Burton et al., 2011; Hall et al., 2003; Jakobsson & Hallberg, 2005; Liu et al., 2009; Perissinotto et al., 2012; WHO, 2007), and negative correlations between loneliness and quality of life (Lawton, 1991; Lowenstein & Danford, 2006). Whereas the previous studies examined these associations separately, particularly unique for this study is the examination of all these associations with the mediator simultaneously using a bias-corrected and accelerated bootstrapping

method (Preacher & Hayes, 2008). These results suggest that developing age-friendly and suitable access to vital services and places for elderly adults can reduce their feelings of loneliness and enhance better quality of life.

Beyond the mediating effect of loneliness just discussed, the results also revealed significant moderated-mediating effects on the pathways between perceived accessibility, loneliness and quality of life, by two moderators: IADL limitations and marital status. First, the negative relationship between perceived accessibility to services and loneliness was found to be moderated by the respondents' IADL limitations. This association is stronger among elderly with high IADL limitation scores than among independent elderly. What is particularly interesting is that the gap in loneliness scores between disabled elderly and independent

elderly almost disappeared when the perceived accessibility scores were high. These results reinforce previous results that showed that functional disabilities in old age increase feelings of loneliness (Shankar, McFerrin, Demakakos, Hamer, & Steptoe, 2017), and support the connection between perceived accessibility and low mobility or functional disability (Vitamin Schorr, Iecovich, Alfat, & Shamsi, 2015).

An explanation for this unique result is that the reduction in the perceived accessibility scores makes elderly adults feel insecure about going outside and as a result, they are less socially active, since most of the social activity in old age is outside the home, at informal meetings while going to the shop or park (Sugiyani & Thompson, 2007). Im-mobility outside the home due to inaccessible environments keeps the adults homebound and increases the probability that they will become even more disabled (Oo et al., 2016), and lonely (Perissinotto et al., 2012; Richard et al., 2008; Valdemarsson et al., 2005). These results emphasize the importance of ease of access to home environment in later life, particularly when health and physical impairment can impede abilities to handle distances (Wahl et al., 2012). These results are compatible with the pioneer ecological model (Lawton & Nahemow, 1993) which explains the deep connection between environmental characteristics and older adult capabilities; when physical abilities in old age are reduced, the environment must be made more suitable and accessible.

A further moderated mediation effect was also revealed in the pathway between loneliness and quality of life, by the moderator marital status. The results showed that the negative relationship between loneliness and quality of life is stronger among elderly who live without partners than among elderly who live with partners. This confirms the second moderation hypothesis, and is consistent with previous research (Chaliss, Kul, & Saini, 2010). It suggests that elderly who are living with no partner may be at greater risk of poor quality of life, and this risk may increase if the elderly also have lower perceived accessibility to services, greater functional disability, and/or higher feelings of loneliness. This result suggests that interventions to reduce loneliness and enhance quality of life among elderly persons should take into account marital status and functional disability of the elderly.

ARTICLE IN PRESS

A. Moun Echeverri, E. Khatibi

Archives of Gerontology and Geriatrics xxx (xxxx) xxx–xxxx

9. Conclusion

The present study indicates the vital role of environmental characteristics (e.g. perceived accessibility, connection to place) in determining the quality of life in later life in Europe. Perceived accessibility to services and sites is an important factor for better quality of life. It also determines other aging in place aspects (feelings of loneliness and connection to place), which in turn, are associated with quality of life in later life. In other words, the possibility of elderly adults leaving their homes or alternatively, their participation in social activities, have great influence on their quality of life, health, happiness, and levels of loneliness, opportunity to age in place, feelings of belonging to the place, and being active in their home environment.

In addition, the results show that functional disability among the elderly and their marital status can moderate these associations, and services providers and policymakers should be aware of these risk groups (disabled and unmarried elderly), and plan suitable, accessible and age-friendly services for dependent and independent elderly adults in their living environment. Therefore, the results of the study suggest establishing multidisciplinary collaborations between geographers, city

planners, gerontologists and sociologists in order to understand the complex mechanisms which are connected to perceived accessibility and quality of life in later life.

10. Limitations

We should point out two limitations of the current study. One is the cross-sectional study design, which doesn't allow prediction of a causal relationship between the variables. A future study should use longitudinal data to examine the relationship between perceived accessibility to services and sites, and quality of life in later life. A further limitation might be the use of only subjective measures of accessibility, and the fact that objective measures were not used. However, previous studies have revealed that subjective measures of accessibility are a robust measure for accessibility to services, in the absence of objective measures (Stoeckl & Litwin, 2015). Despite these limitations, however, the present study provides initial insights into the mechanisms of the correlation between perceived accessibility, loneliness, connection to place, and quality of life among elderly people in Europe, which have not been widely studied in this context thus far.

Conflict of interest

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

References

Amir, K., & Litwin, H. (2010). The subjective well-being of immigrants aged 50 and older in Israel. *Social Indicators Research*, 90(1), 99–104. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-009-9519-5>.

Ashida, S., & Hasey, C. A. (2008). Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *Journal of Aging and Health*, 20(7), 872–880. <http://dx.doi.org/10.1177/0898264308324624>.

Bischoff-Dupuis, A., Brandt, M., Haskler, C., Knop, T., Kirchbacher, J., Müller, F., et al. (2013). Data resource profile: The survey of health, aging and retirement in europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dys048>.

Bischoff-Dupuis, A. (2017). *Survey of health, aging and retirement in europe (SHARE) wave 5 winter version: G.O.S. SHARE-ERIC Data set*. <http://dx.doi.org/10.6032/SHARE.w5.000>.

Buholtz, V. (2006). 'Aren't' Theoretical contents of attachment to place for mature and older people in rural North Wales. *Environment and Planning A*, 38, 1095–1114. <http://dx.doi.org/10.1080/09597767>.

Burton, E. J., Mitchell, L., & Strick, C. B. (2011). Good places for aging in place: Development of objective built environment measures for investigating links with older people's wellbeing. *BMC Public Health*, 11, 839–852. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-839>.

Campo, C. V., Ferrito, E. I., Vargas, A. M. D., & Albaladejo, C. (2014). Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: Factors associated with good quality of life in older

Brazilian nonnursing-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 166–177. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-016-0166-4>.

Chaitin, H. W., Rai, L., & Sakai, Y. (2010). Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Japanese older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71, 135–138. <http://dx.doi.org/10.2196/ijah.71.2.3>.

Chodzko, T., Brauner, L., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 321–324. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38693.435301.80>.

Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11, 12–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijger.2016.07.002>.

Chen, H. Y., Ma-Liching, M., Clarke, M., & Morrison, R. (2016). Accessible home environments for people with functional limitations: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 826. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph13060826>.

Cherrier-Fisher, D., Kobayashi, K., & Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of Aging Studies*, 23(4), 407–414.

Conry, J., de Joux, V., Ganesh, K., & Arora, M. (2006). Accommodation options for older people in Auckland, New Zealand. Retrieved from http://www.landcare.govt.nz/sites/default/files/attachments/2012/06/20120620_020606.pdf.

Fahn, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74.

Gilroy, B. (2008). Places that support human flourishing: Lessons from later life. *Planning Theory and Practice*, 9, 145–160. <http://dx.doi.org/10.1080/14493300802041540>.

Goldby, M., Townsend, J., & Dooly, Y. (2004). *Building a good life for older people in local communities*. Park: Joseph Rowntree Foundation.

Grothman, M., Janssen, S., Kyberg, K., Pettersson, C., & Skog, B. (2016). A public health perspective to environmental barriers and accessibility problems for senior citizens living in ordinary housing. *BMC Public Health*, 16, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-016-0349-2>.

Groot, E. L., & Bowling, A. (2011). Challenges in comparing the quality of life of older people between ethnic groups, and the implications for national well-being indicators: A secondary analysis of two cross-sectional surveys. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 109. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-109>.

Gregory, D., Johnston, E. J., & Smith, D. M. (1996). *The dictionary of human geography*. Oxford: Blackwell Reference.

Gregory, D., Johnston, E., Pratt, G., Watts, M., & Whatmore, S. (1999). *The dictionary of human geography* (5th ed.). UK: Wiley-Blackwell.

Hall, M., Harries, B., & Symons, G. (2003). The experience of social isolation and loneliness among older men in Maastricht. Retrieved from <http://www.victoria.gov.au/pdf/about-us/research-and-consultation/social-isolation-and- Loneliness-survey-report.pdf>.

Hao, G., Bidewalt, G., Tang, S., He, C., Ji, L., & Zhang, R. (2017). Social participation and perceived depression among elderly population in South Africa. *Global Advances in Health*, 12, 971–976. <http://dx.doi.org/10.2147/GAH.S137993>.

Han, S. (2009). *Measuring accessibility of regional parks: A comparison of three GIS techniques*. U.S.A: San Jose State University (Unpublished master's thesis).

Hayes, A. F. (2012). PROCESS (Macro). Retrieved from <http://www.statmodel.com/information-for-users/PROCESS-and-conditional-process-analysis.html>.

Hughes, M., Wain, L., Hensley, L., & Cappucco, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research Aging*, 26(4), 655–672. <http://dx.doi.org/10.1177/0146270404268574>.

Ishizaki, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Quarterly*, 20(1), 21–33.

Ishizaki, T., Kai, I., & Inanaka, Y. (2006). Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a nondisabled older Japanese population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 91–95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2005.05.002>.

Janssen, S., Steff, A., & Lohjola, C. (2013). Mobility in outdoor environments in old age. In G. D. Fowler, & M. Bernard (Eds.), *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age* (pp. 17–198). New York: Springer Publishing Company.

Johansson, U., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: A gender perspective. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17, 494–501. PMID: 16485864.

Kerr, J., Rosenberg, D., & Frank, L. (2012). The role of the built environment in healthy aging: Community design, physical activity, and health among older adults. *Journal of Planned Literature*, 27, 49–60. <http://dx.doi.org/10.1177/0895412211415283>.

Kewton, B. S., Bellizzi, W. C., & Wiley, A. R. (1998). Green outdoor spaces and the social integration of inner-city adults. *Environment and Behavior*, 30, 832–854. <http://dx.doi.org/10.1177/0013913098030005>.

Lafont, C., Pettersson, A. M., Casado, C., & Fernandez, S. (2011). Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population. *Experimental Aging Research*, 37, 257–270. <http://dx.doi.org/10.1080/03610750.1300200691>.

Larson, M. P., & Brody, E. M. (1989). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179–186.

Larson, M. P., & Haberman, L. (1972). Sociology and the aging process. In C. Kadane, & M. P. Larson (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 419–476). Washington: American Psychological Association.

Larson, M. P. (1990). Residential environment and self-disclosure among older people. *American Psychologist*, 45, 638–640. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-060X.45.5.638>.

Larson, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. Birren, J. Lubben, J. Rowe, & D. Duckman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3–27). San Diego, CA: Academic Press.

Layne, R., Sexton, E., & Sevon, G. (2013). Quality of life in older age: Evidence from an

ARTICLE IN PRESS

A. Hosen et al. / *Ergonomics**Archives of Gerontology and Geriatrics* (see front-matter)

- with older adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 51, 1276–1285. <https://doi.org/10.1111/jgs.12174>.
- Lee, D. E., & Roberts, J. B. (2005). Change and consistency in the relation of social status to perceived happiness. *Marriage & Family Review*, 31, 29–44. https://doi.org/10.1300/J084v31n01_04.
- Lehning, A. J., Smith, R. E., & Dunbar, K. E. (2012). Do age-friendly characteristics increase the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders. *Journal of Applied Gerontology*, 37(2), 158–184. <https://doi.org/10.1177/0731208311419214>.
- Li, C. I., Liu, C. H., Liu, W. Y., Liu, C. S., Cheng, C. K., Meng, X. H., et al. (2014). Successful aging: Effect on health-related quality of life and its determinants in community-dwelling elders. *PSC Asian Health*, 14, 251–257. <https://doi.org/10.1186/1745-2974-14-107>.
- Liu, P. C., Yeh, M. P., & Fawcett, L. J. (2008). Quality of life in older living alone in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1619–1627. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01890.x>.
- Lohm, B. (2005). Conditions of successful aging: Are they universal? *The International Journal of Aging and Human Development*, 63(4), 319–335. <https://doi.org/10.1080/03080180500094907>.
- Liu, C. W., Kung'uani, J. A., Wambura, L., Githinji, W., & Berlin, B. (2008). What makes a community age-friendly? A review of international literature. *International Journal of Aging*, 26, 119–121. <https://doi.org/10.1111/j.1744-4122.2008.00101.x>.
- Lorenzoni, A., & Steinfeld, L. D. (2006). Filial piety and family support in a cross-generational intergenerational context: Evidence from the CHNS study. *Ageing and Society*, 26(2), 209–224. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05002902>.
- Love, S. B., Gonzalez-Hernandez, C., Brown, T. S. P., & Adams, J. M. V. (2011). Aging in place: Treatment of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 98(1), 179–208.
- Lorenzoni, A. M., Sigala-Cossetti, I., & Corbelli, R. (2012). Loneliness in older persons: A predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172, 1976–1983. <https://doi.org/10.1093/iat/172.16.1976>.
- Love, S. B. (1978). Measuring amenability: A review and proposal. *Environment and Planning A*, 10(3), 399–412. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/01916367808732171>. Available from: <https://www.jstor.org/stable/2593600>.
- Proctor, E. J., & Brown, A. F. (2009). A systematic and integrative strategy for assessing and comparing indirect effects in multiple mediation models. *Behavior Research Methods*, 41, 879–891. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.879>.
- Raschkin, M., Antonow, S., Kuehnel, M., Litwack, R., Robinson, E., & Schwartz, T. (2019). Quality of life and barriers in the urban outdoor environment in old age. *The American Geriatrics Society*, 67, 2234–2239. <https://doi.org/10.1111/ggs.14710>.
- Rizzo, M. J., Burack Mark, K., Mori, A., Anderson, A., Johnson, D. O., & Patten, S. (2015). Tiger place: A new home for older adults. *Journal of Housing Care Quality*, 26, 3–4. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/15402009.2015.1049901>. Available from: <https://www.tigerplace.org/~/media/15402009.2015.1049901.pdf>.
- Richard, T., Givens, L., Givens, C., & Lebowitz, S. (2006). Impact of neighborhood characteristics on quality of life among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec. *Health Promotion International*, 21(1), 46–57. <https://doi.org/10.1186/1475-2875-21-104>.
- Roy, A. (2015). The multidimensional nature of home: Exploring the meaning of home among older people living in the Five Islands. *Journal of Rural Studies*, 36, 20–31. <https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2015.05.002>.
- Rubens, L., & DePaulis, N. (2015). Does place attachment affect social well-being? *British Psychological Society: Applied Behavior Science of Applied Psychology*, 69(4), 219–236. <https://doi.org/10.1111/abap.00201>.
- Rumbus, D. B., & Bernard, M. (2010). The meaning and significance of place in old age. In D. B. Rumbus, & M. Bernard (Eds.), *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age* (pp. 3–24). New York: Springer Publishing Company.
- Schulbach, A., Harris, J., Lehning, A., Greenfield, E., & Gilman, C. (2016). Does the old age need help to foster age-friendly communities? *Journal of Aging & Social Policy*, 28, 181–196. <https://doi.org/10.1177/0898010115593444>.
- Shaw, S. (1991). Sense of place for ecological management. *Geography*, 22, 347–356. <https://doi.org/10.2307/303873>.
- Shawlin, S., Williams, A., Greenfield, P., Kwan, M., & Rogers, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prevalence associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36, 176–187. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.36.0200007>.
- Shay, M. J., & Conwell, Y. (2002). How neighborhood features affect quality of life. *Social Indicators Research*, 59(1), 79–114. <https://doi.org/10.1023/a:1016621108112>.
- Shawlin, S. J., & Lohm, B. (2013). Accessibility to neighborhood services and well-being among older Singaporeans. *Ageing & Society*, 33, 1949–1966. <https://doi.org/10.1177/0168626912459251>.
- Sigman, T., & Thompson, C. W. (2007). Outdoor environments, activity and the well-being of older people: Conceptualizing environmental support. *Environment and Planning A*, 39, 1943–1960. <https://doi.org/10.1080/09595830701491251>.
- Singh, M. S., McDowell, L., Smith, C., Liu, K., Murray, S. M., & Wang, S. S. (2015). Social isolation in Chinese older adults: Implications for age-friendly community planning. *Canadian Journal on Aging*, 38, 224–241. <https://doi.org/10.1017/S0714980114000101>.
- Talbot, E. (2002). Pedestrian access to a measure of urban quality. *Planning Practice and Research*, 17(3), 267–276. <https://doi.org/10.1080/0269742021000030104>.
- Taylor, A. A. P. (2011). Place identification and positive cognition of aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16, 5–20. <https://doi.org/10.1220/0000170710380007>.
- Tard, M. S., Ngai, K. W., & Ming, S. (2017). Evaluation of elderly people's requirements in public open spaces: A case study in Hong Kong. *Urban, Territory and Planning*, 62, 2005–2045. <https://doi.org/10.1080/09654318.2016.1212004>.
- Vahvaselonen, M., Järvelin, E., & Isomaa, S. (2015). Performance and frequency of visits to public facilities in old age – a pilot study in a Finnish health-care system. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 15–20. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.08.010>.
- Vincent, A., Janssen, S., & Allen, S. (2013). Ageing and social participation of older adults in their neighbourhoods in Israel. *The Gerontologist*, 53(2), 175–184. <https://doi.org/10.1177/0013980112469886>.
- Vincent, A., Janssen, S., Allen, S., & Shuman, S. (2015). Socio-spatial integration of older adults in two types of residential environments in Istanbul for review. *Journal of Applied Gerontology*, 40(10), 1249–1270. <https://doi.org/10.1177/0731208314551777>.
- Van den Brink, H. H., Huis, W., Wijn, P., Rappin, A., & Stegeman, J. (2006). Quality of life and well-being in a small village in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 11, 3–16. Retrieved from <https://doi.org/10.1220/0000170705000007>.
- Wang, H., & Whalley, D. (2013). Health, aging and retirement in Europe: How much does the timing of health, aging, and retirement in Europe (pp. 149–202). Cheltenham, Northampton: Edward Elgar.
- World Health Organization (WHO). (2007). Global age-friendly cities: A guide. Retrieved from: www.who.int.
- Ward, H. M., Feather, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *The Gerontologist*, 52(3), 366–376. <https://doi.org/10.1891/0898-0646.2012.52.3.366>.
- Wahrendorf, M., Szegedy, N., & Slegten, J. (2015). Social position, work stress, and retirement intentions: A study with older employees from 11 European countries. *European Sociological Review*, 29, 793–802. <https://doi.org/10.1093/esr/ekv009>.
- Wang, H., Brown, G., & Liu, S. (2015). The physical and neighborhood factors that influence perceived access to urban public landscapes and urban planning. *PLoS One*, 10, 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121207>.
- Wiggins, J. D., Pincus, A. L., Gibbon, M., & Nunn, J. (2000). The evaluation of a self-administered scale of quality of life (EASQ-V) in the context of research on aging: A contribution of exploratory and confirmatory approaches. *Social Indicators Research*, 50(2), 41–77. <https://doi.org/10.1023/a:1012914974029>.
- Wilson, J. L., Allen, S. E., Palmer, S. J., Newman, S. J., Corling, S., & Knox, N. (2010). Older people and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Australia New Zealand. *Social Science Medicine*, 68, 166–177. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.020>.
- Wink, T., Graf-Engel, A., & Stadler, M. (2015). Mediating effects between objective and subjective indicators of urban quality of life: Testing specific models for ability and access. *Social Indicators Research*, 124, 199–218. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0362-2>.
- Zander, S., Pomeroy, L., & Smith, A. (2013). The Urban Livability Index (ULI) Evidence for a real-time index model in a London sample. *Cities*, 37, 206–214. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2012.05.006>.

ANEXO X - Quadro das Bases de dados e limitadores de pesquisa

Bases de dados e Limitadores de pesquisa

Bases de dados incluídas:	Limitadores:
<p>- Na plataforma EBSCO Host:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CIHNAL - Medline - Nursing & Allied Health Collection - Mediclatina <p>- Pubmed</p> <p>- Proquest</p>	<p><u>EBSCO:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CIHNAL: Resumo disponível; Língua inglesa; Prática baseada em evidência; Humano; Primeiro autor é enfermeira; qualquer autor é enfermeira; Faixas etárias: ≥ 65 anos; Texto completo em PDF. - MEDLINE: Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; Idade: ≥ 65 years - NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION: Texto completo em PDF <p>MEDICLATINA: Texto completo em PDF</p> <p><u>PROQUEST:</u> Limitar a: com texto completo e revisão inter-pares; Data de publicação: junho de 2014 – abril de 2019; Faixa etária: idoso (≥ 65 anos); Tipo de fonte: revistas acadêmicas e revistas especializadas; Tipo de documento: artigo e artigo principal; Idioma: espanhol, inglês e português.</p> <p><u>PUBMED:</u> Text availability: Abstract, free full text; Publication dates: 5 years; Species: humans; Journal categories: <u>MEDLINE</u>, <u>Nursing journals</u>; Languages: english, portuguese and spanish; Ages: 65+ years.</p>

ANEXO XI - Plano de sessão e respetiva apresentação em PowerPoint da sessão aos parceiros

PLANO DE SESSÃO

MESTRANDAS: Anabela Santos e Cátia Gonçalves

TEMA: Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos que vivem Sóz

OBJETIVO DA APRESENTAÇÃO: Apresentação aos Parceiros da UCC do Entroncamento

LOCAL: Biblioteca da UCC do Entroncamento **DATA:** 18/03/2019 **DURAÇÃO:** 60 minutos

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	5'	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação:<ul style="list-style-type: none">• Grupo• Tema• Objetivos da apresentação• Conteúdos a apresentar	Anabela Santos	<ul style="list-style-type: none">• Data Show
Desenvolvimento	35'	<ol style="list-style-type: none">1. Características sociodemográficas da população2. Recursos sociais3. Recursos Económicos4. Saúde Mental5. Saúde Física6. Atividades de Vida Diária7. Utilização de serviços	Anabela Santos Cátia Gonçalves	<ul style="list-style-type: none">• Data Show• Expositivo
Conclusões	20'	<ul style="list-style-type: none">• Diagnósticos Prioritários• Discussão e Resultados com os parceiros	Cátia Gonçalves	<ul style="list-style-type: none">• Data show• Expositivo

Avaliação da Capacidade Funcional dos idosos que vivem sós



Santarém, 18 de Março de 2019

Autoras:

Anabela Santos

Cátia Gonçalves

Orientadora:

Professora Doutora

Maria do Carmo Figueiredo

Enfermeiras Cooperantes:

Ana Cristina Gonçalves

Sónia Pereira



PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM SÓS

A população mundial de idosos aumenta continuamente e a solidão afeta a qualidade de vida da mesma, evitando o convívio com outras pessoas e diminuindo o contato social o que leva a interferir nas atividades de vida diária.

(Liberca Brito, 2004; Populão Netto, 2002)



O aumento significativo do envelhecimento representa um desafio para a sociedade atual, adaptando-se de forma a "maximizar a capacidade funcional e a saúde" dos mais velhos, assim como a sua participação e integração social.

(Observador, 2014)

TIPO DE ESTUDO



AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS QUE VIVEM SÓS



OBJETIVO

- Avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas que vivem sós no concelho do Entroncamento, inseridos no programa comunitário desenvolvido pela UCC do Entroncamento.



POPULAÇÃO-ALVO

- Grupo de 16 pessoas idosas que vivem sós no concelho do Entroncamento que estão inseridos no projeto "Pessoas/Famílias com critério de risco, vulnerabilidade e ou dependência - idosos que vivem sós".

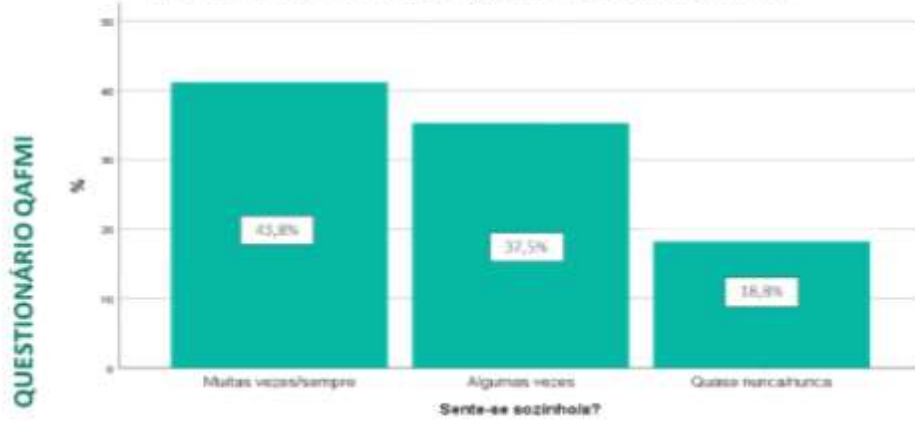
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

- Apresentámo-nos aos idosos, explicando os objetivos, obtendo o consentimento informado através da leitura e da assinatura do mesmo.
- Garantimos o anonimato e confidencialidade.
- Assegurámos ainda o direito de recusar ou interromper a sua participação no estudo, garantindo o uso do direito de liberdade, e intimidade, que lhes assiste.
- O sigilo e a privacidade na recolha de dados.

(Figueiredo, 2017)

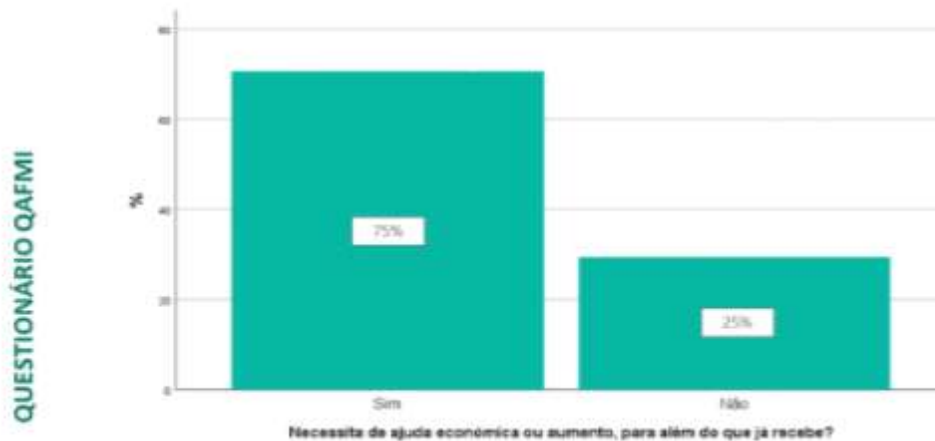
Recursos sociais (cont.)

- 7 idosos(43,8%) consideram que se sentem muitas vezes sozinhos.
- 6 idosos(37,5%) consideram que se sentem algumas vezes sozinhos.
- 3 idosos(18,8%) consideram que quase nunca se sentem sozinhos.



Recursos Económicos

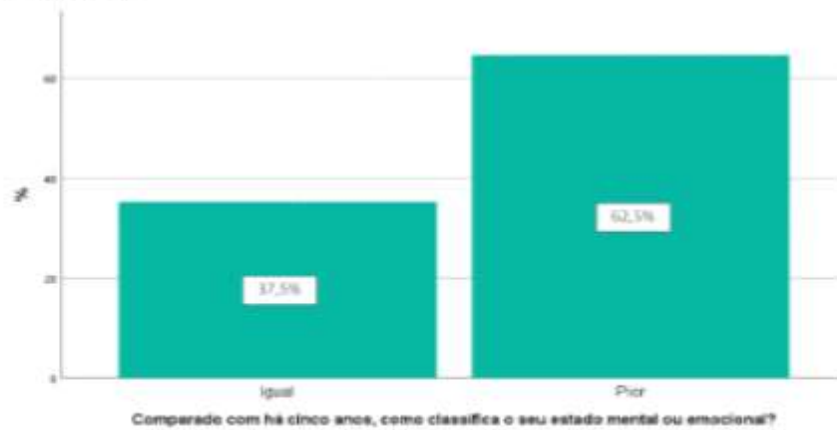
- 14 idosos (68,8%) consideram que os seus rendimentos são insuficientes.
- 12 idosos (75%) afirmam que necessitam de ajuda económica.



Saúde Mental (cont.)

- 15 idosos (93,8%) classifica o seu estado mental como razoável
- Comparando-o com os últimos cinco anos, 10 idosos (62,5%) afirmam que o seu estado mental piorou.

QUESTIONÁRIO QAFMI



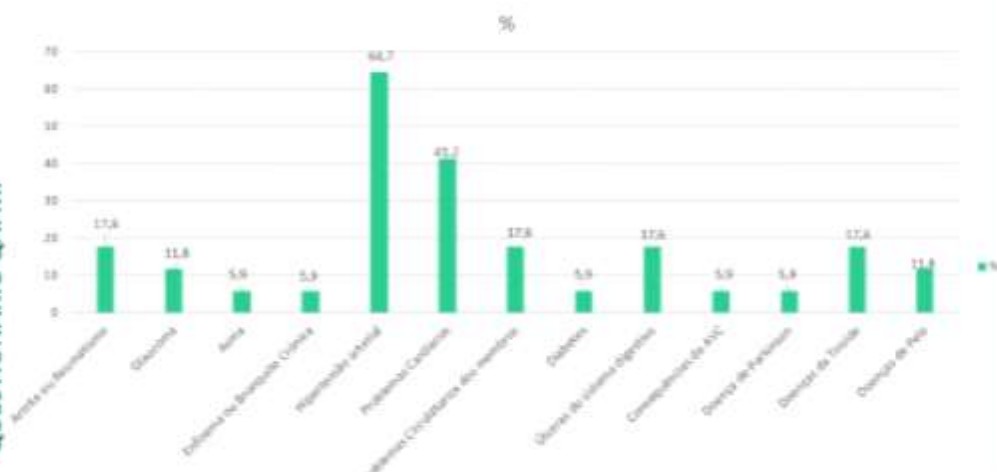
11

1 de junho de 2019

Saúde Física

- A nível das patologias com maior número foram a hipertensão com 64,7% (11 idosos) e problemas cardíacos com 41,2% (7 idosos).

QUESTIONÁRIO QAFMI



12

1 de junho de 2019

Saúde Física (cont.)

- 4 idosos (28,6%) apresentam dificuldade na mobilidade
- 2 idosos(14,3%) usam o apoio de muletas
- 2 idosos(14,3%) usam o apoio de bengala ou tripé

QUESTIONÁRIO QAFMI



13

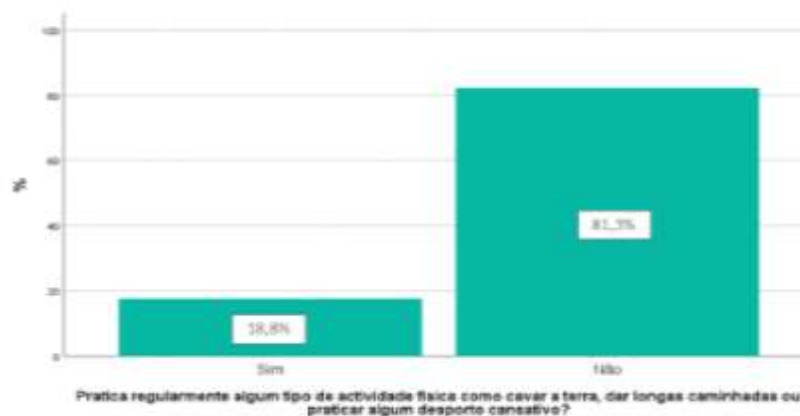
1 de junho de 2019

Saúde Física (cont.)

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

- 13 dos idosos (81,3%) não pratica qualquer tipo de atividade física.

QUESTIONÁRIO QAFMI



14

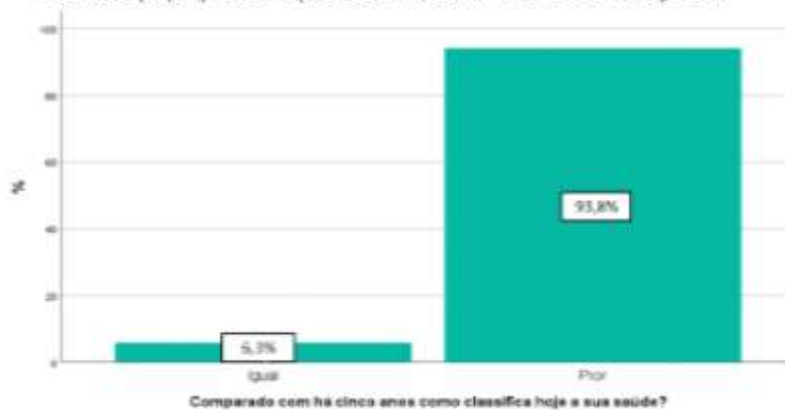
1 de junho de 2019

Saúde Física (cont.)

AVALIAÇÃO DA SUA SAÚDE

- 11 idosos (68,8%) referem que a sua saúde é regular;
- 15 idosos (93,8%) referem que nos últimos cinco anos a sua saúde piorou.

QUESTIONÁRIO QAFMI



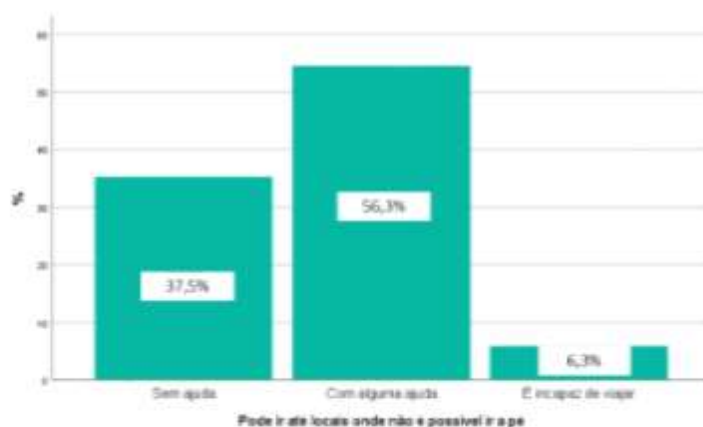
1 de junho de 2019

15

Atividades de Vida Diária (cont.)

- 10 idosos (56,3%) necessitam de alguma ajuda para ir a lugares onde não é possível ir a pé

QUESTIONÁRIO QAFMI

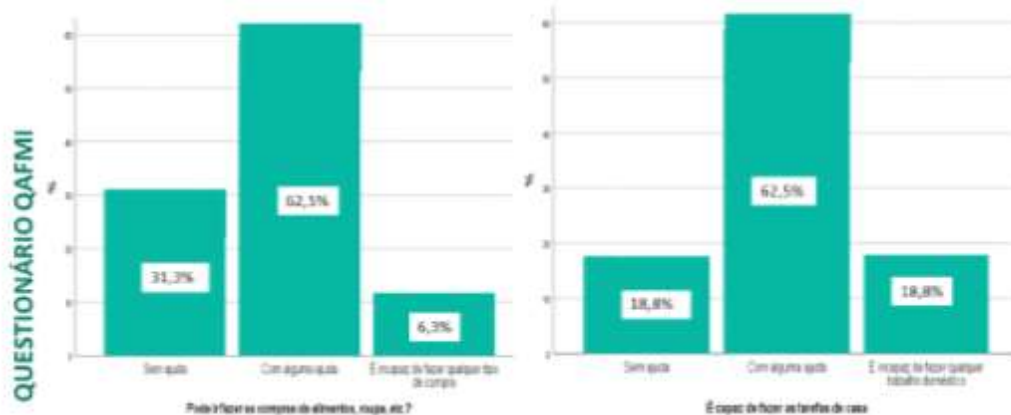


1 de junho de 2019

16

Atividades de Vida Diária (cont.)

- 10 idosos (62,5%) necessitam de alguma ajuda para ir fazer compras e para fazer as tarefas de casa

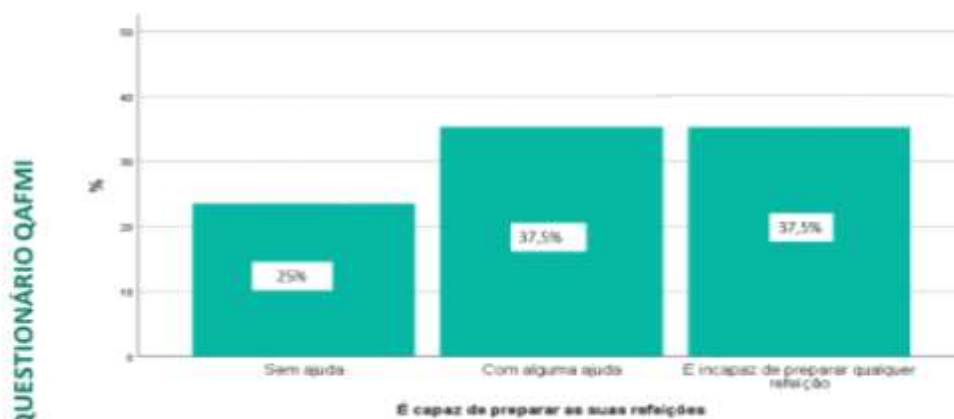


17

Atividades de Vida Diária (cont.)

PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 7 idosos (37,5%) são incapazes de preparar as suas refeições.



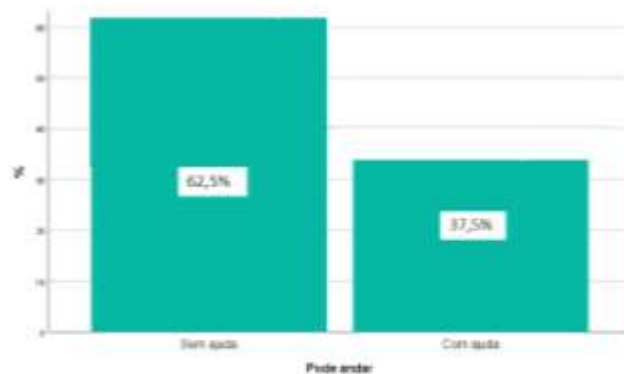
18

Atividades de Vida Diária (cont.)

Em relação às atividades da vida diária física (comer, vestir-se e despir-se, cuidar da aparência, andar, levantar/ deitar-se na cama e tomar banho):

- A maioria dos idosos são independentes, na maior parte destas atividades.
- Quanto aos tipos de atividades, a maior dependência é na mobilidade com 37,5%- 6 idosos.

QUESTIONÁRIO QAFMI

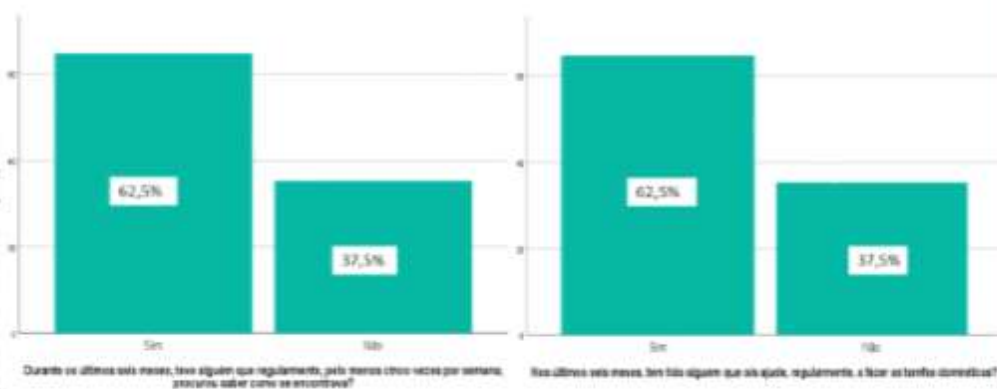


19

Utilização de serviços

- Nos últimos seis meses, os idosos apresentam uma maior adesão aos:
 - Serviços de monitorização (10 idosos - 62,5%),
 - Serviços domésticos (10 idosos - 62,5%) .

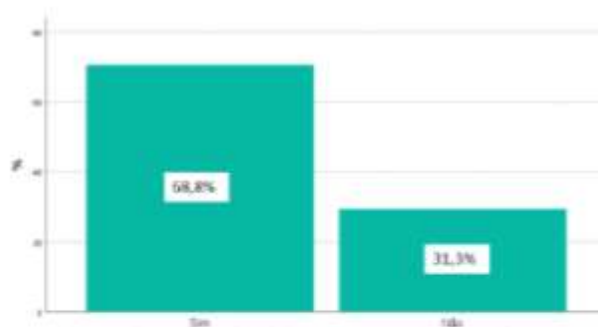
QUESTIONÁRIO QAEMI



20

Utilização de serviços (cont.)

- Preparação de refeições (11 idosos - 68,8%).



Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa?

Diagnóstico de Saúde Comunitária- CIPE

Questão	Dados	Diagnóstico
"Os seus rendimentos são suficientes?"	- 11 idosos (68,8%) responderam "Não", afirmando que os seus rendimentos são insuficientes.	Rendimento inadequado em grau elevado
"É capaz de fazer as tarefas de casa?"	- 10 idosos (62,5%) responderam "com alguma ajuda", os idosos não conseguem realizar as suas tarefas domésticas necessitando de algum apoio.	Capacidade de cuidar da casa comprometida em grau elevado
"Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc?"	- 10 idosos (62,5%) responderam "com alguma ajuda", os idosos não conseguem fazer compras necessitando de apoio de outros.	Capacidade para fazer compras comprometida em grau elevado
"Quem vive consigo na sua casa?"	- A totalidade dos idosos (100%) respondeu que vivem sozinhos	Isolamento social em grau elevado

Diagnóstico de Saúde Comunitária (cont.)

Questão	Dados	Diagnóstico
"Pode ir a locais onde não é possível ir a pé?" e "Pode andar?"	- 9 idosos (56,3%) respondeu "com alguma ajuda" - 6 idosos (37,5%) responderam "com ajuda"	Mobilidade comprometida em grau moderado.
"Há sempre alguém que possa cuidar de si?" e "Quem são essas pessoas?"	-10 idosos (71,4%) responderam "sempre que necessário" - 8 idosos (50%) responderam ser os "filhos(as)" a cuidar deles caso seja necessário (filhos vivem longe).	Falta de apoio familiar em grau moderado
"Pratica regularmente atividade física como dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?"	- 13 idosos (81,3%) responderam "Não" praticam exercício físico	Não adesão ao exercício físico em grau elevado
"Sente-se sozinho?"	- 7 idosos (43,8%) afirmaram que sentem sozinhos "muitas vezes/ sempre"	Solidão em grau moderado

Diagnósticos Prioritários

- Deste modo, priorizou-se os diagnósticos de enfermagem tendo em conta os critérios de transcendência social e vulnerabilidade de Imperatori e Giraldes (1993)



Diagnósticos Prioritários (cont.)

Distribuição da percentagem relativa ao critério Vulnerabilidade



25

Considerações

A população idosa abrangida pelo Centro de Saúde do Entroncamento – UCC, apresenta isolamento social com fraco apoio familiar que por sua vez originou a solidão, défice de prática de exercício físico, mobilidade comprometida, rendimentos insuficientes para colmatar as suas necessidades, assim como uma capacidade diminuta para as AIVD nomeadamente nas tarefas de casa e fazer compras.



É importante adequar intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, centrando-se nesta comunidade, participando numa avaliação multicausal, na tomada de decisão face aos problemas de saúde, desenvolvendo programas e projetos de intervenção na comunidade de forma a dar respostas acertadas aos Diagnósticos de Enfermagem encontrados.

26



OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. (2011). Depressão de início tardio. In Schwab, C. (Coord.), *Atualizações em geriatria e gerontologia III: aspectos demográficos, epidemiológicos e clínicos do envelhecimento*. São Paulo: Atlas, 8. e Figueira, M. (2008). Adaptação esportiva da Escala de Saúde Subjetiva de Saúde para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 26 (2), pp.281-295.
- Barral, L. (2004). *Análise de conteúdo*. 3ª edição. Lisboa: Edições 70.
- Barral, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 4ª edição. Lisboa: Edições 70.
- Bedford, S. (1995). *Community-on-line Assessment in Neuron - The Neuron System*. *Abstr. Ohio. Applian. e Longa*, pp. 387-375.
- Branco, A. (2001). *Calibres de saúde primária*. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), pp. 7-12. Acessado em 22 de Dezembro de 2013 em <http://www.rpsp.pt/revista/revista/revista.asp?artigo=12&artigo=12>
- Carregallo, M. (1997). *Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos de Porto Alegre*. Tese de doutoramento, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Carvalho, C. (2006). *Avaliação Funcional do paciente idoso*. In: Magalhães, L. (Ed). *Gerontologia*, 1. Ed. Brasília: Senado Federal.
- Costa, E. (2001). *Gerontologia do idoso*. In Porto, C. (ed) *Gerontologia médica*, 4. Rio de Janeiro: Guanabara-Rangem.
- Costa, M., Aguiar, L., Almeida, L., Coimbra, M., Ferreira de Almeida, M., Cabral, D., Ferreira, M., Gomes, L., Cruz, A. e Lopes, J. (1996). *O idoso - Problemas e Resoluções*. Coleção Idoso Vital, 10. 16. Fontinhas, Formação e Saúde Ltda.
- Decreto-lei nº 126/2013. *Regime jurídico de criação, organização e funcionamento das instituições públicas profissionais*. Diário da República nº 281, 1ª Série, 28 de Setembro de 2013. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-lei nº 28/2008. *Regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República nº 16, 1ª Série, 22 de Fevereiro de 2008. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-lei nº 7/2017. *Regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integram as USF de modelo B*. Diário da República nº 128, 1ª Série, 21 de Junho de 2017. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-lei nº 181/96. *Os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, concretizando o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República nº 225 - 4ª Série, 4 de Setembro de 1996. Ministério da Saúde, Lisboa.
- Decreto-lei nº 898/2018. *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 nº 151, 1ª Série, 29 de Julho de 2018. Ministério da Saúde, Lisboa.
- DGS. (2006). *Programa Nacional para o Saúde dos Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República (2000). Constituição da República Portuguesa. Séptima Revisão Constitucional – 2000. Diário da República nº 155, I – A Série, 12 de agosto de 2000. Assembleia da República, Lisboa.
- Dixon, C., Richard, M. e Rollins, C. (2001). Contemporary issues facing aging Americans: implications for rehabilitation and mental health counseling. *Journal of Rehabilitation*, 65 (2), pp. 5-12.
- Fernandes, L., Bental, A. e Ramos, A. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população sobretuda pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 43 (4), pp. 605-609.
- Figueredo, M. (2017). Promoção da saúde nos currículos de enfermagem: conhecimento dos professores e sentidos atribuídos pelos estudantes. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10468/14284/16/r7E33_Figueredo_Maria%20da%20Carmo%20Perera.pdf
- Fonks, A., Saleiro, M., Fernandes, A. (2019). A Sazonalidade das mais idosas (> 75 anos): desafios, perdas e oportunidades de um grupo vulnerável. pp. 91-107.
- Forte, M. (1999). O processo de investigação: da conceptualização à realização. Loures: Lusociência.
- Freire, M. (2011). Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas. 3ª Edição. Lisboa: Editora.
- Gasther, B. (2003). Investigação Social: da problemática à sustentabilidade de dados. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Gasther, A. e Pereira, A. (2008). A importância da comunicação na socialização dos idosos.
- Imperatori, Z. e Gracías, M. (1982). Metodologia do conhecimento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 2ª Edição. Lisboa: ENSP.
- INEC (1999). As Ovelhas das Ilhas. Série de Estudos, 83. Portugal: Lisboa.
- Libick, J. e Bido, F. (2004). Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu.
- Lopes, R., Lopes, M. e Cárrega, V. (2006). Entendendo o idoso do século XXI. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 4 (3), pp. 372 – 381.
- Nabatita, N. (2001). Pesquisa de marketing. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman.
- Nardin, H.L.N. (2007). Abordagem Comunicativa do Planejamento Estratégico Situacional no nível local: Saúde e equidade na Venezuela. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Natta, F. (2001). Pesquisa de marketing. 3ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Nizzetto, A. e Ozybovski, O. (2011). Análise de conteúdo com Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC, Brasil*, 4 (3), pp. 701-747.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neto, M. (2002). Gerontologia e velhice e envelhecimento em vários paradigmas. São Paulo: Atheneu.
- OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório Mundial Saúde. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- Psychou, S. M. F. (2001). Qualidade de vida na velhice. In Fortes, S., Py, L., Reis, A., Caspary, F., Gomes, M. e Rocha, S. (Eds.), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, pp. 79-84.
- Pedross, S. e Portela, M. (2002). Saúde na velhice: Alguns reflexos a partir do conhecimento de um grupo de idosos. *Bollettin de Saúde*, Porto Alegre, 2 (27) (sup. 1): 183.
- Pires, L. (1994). Idoso: Mito de vitalidade e condições de vulnerabilidade. In Maria Célia Nave e Maria Inês Mello (Coord.) Atas do Congresso: Envelhecimento e Qualidade de Vida. Rio de Janeiro, pp. 37-69.
- PRC, D. e Hungler, S. (1999). Fundamentos de psicologia em enfermagem. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- POPDATA (2017). População residente, estimativa a 31 de Dezembro: total e por grupo etário. Acesso em 20 de Dezembro de 2023 em <https://www.portugal.gov.pt/pt/mec/area/Populacao/Populacao%20residente%20estimativa%20a%2031%20de%20dezembro%20de%202017>
- POPDATA (2023). Indicadores de envelhecimento. Acesso em 20 de Dezembro de 2023 em <https://www.portugal.gov.pt/pt/mec/area/Envelhecimento>
- Portal do envelhecimento (2024). Em Portugal, 400 mil idosos vivem sozinhos. Acesso em 23 de Janeiro de 2023 em <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/em-portugal/400-mil-idosos-vivem-sozinhos/>
- Porto, L. e Miller, S. (2006). Violência na família contra pessoas idosas. *Intergênios*, São Paulo, 12 (52), pp. 105-142.
- Ribeiro, G., Teixeira, L., Duarte, R., Azeiteiro, M., Araújo, L., Barbosa, S., e Paix, C. (2012). Terço Português da Escala Brava de Pains: Escala de Lubben (PNS-E). *Revista Temática de Gerontologia*, 15(1), pp. 217-234.
- Reifgeres, R. (1999). *Estadística de saúde em serviços sociais de gerontologia de unidades básicas multidimensionais de idosos*. 27(2), 109-115.
- Rosa, T., Barroso, M., Lázaro, M. e Ramos, I. (2020). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública*, 1 (27), pp.46-61.
- Santagelo, A., Toppo, M., Cadei, R., Albani, S., Coppello, A., Pennavero, G., Magerl, S. (2022). Studies on health in elderly observation centers (abbreviated from Italian: COSA): A multidimensional evaluation (MCO) of an elderly population frequenting a diurnal center in Catania. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, pp. 100-104.
- Sous, F. (2013). Intervenção no âmbito mental em crise. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10468/14284/16/r7E33_Figueredo_Maria%20da%20Carmo%20Perera.pdf

ANEXO XII - *Poster* alusivo à temática “Isolamento Social e Solidão”

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).



Solidão

A solidão provoca sentimentos de tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo -se em conjunto com a sensação de perda da independência da pessoa idosa. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande flagelo nos idosos (Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar 2010).

Como Prevenir o Isolamento Social e a Solidão nas Pessoas Idosas?

- **Procure fazer novas amizades** —conhecer pessoas e fazer novas amizades é uma excelente forma de combater o isolamento social e a solidão, promovendo o relacionamento social;
- **Faça voluntariado**—torne-se voluntário por uma causa, em que acredite, de forma estimular relações afetivas e apoiar as pessoas isoladas. Estas atividades trazem elevados benefícios para a sua saúde;
- **Invista nas suas relações sociais**—esta etapa da vida é uma excelente altura para o fazer de forma a contribuir para estabilidade emocional e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.



Bibliografia

Lubkin, I, Larsen, P. (2006). *Chronic illness impact and interventions*. 6th edition. London: Jones and Bartlett Publishers.
Wilson, D. M., Harris, A., Hollis, V., Mohankumar D. (2010). *Egocentric thinking and health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. *International Journal of Older People Nursing*, 252-266.

Elaborado: Anabela Santos
Aluna do 7º Mestrado em
Enfermagem Consultativa
da Escola Superior Saúde de Santarém

ANEXO XIII - Artigo para Rádio Voz Entroncamento “Vem caminhar connosco – Programa REVIVER” e respetivo comprovativo da participação na sua divulgação



VENHA CAMINHAR CONNOSCO – Programa REVIVER

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde do Entroncamento, vem por este meio informar que se realizará no dia 8 de abril, pelas 14h30m, **uma caminhada** para comemorar o Dia Mundial da Saúde, no Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento.

Esta caminhada está integrada nas atividades do Programa REVIVER, com a colaboração da Câmara Municipal, Unidade de Cuidados na Comunidade, Juntas de Freguesia, Associação Lares Ferroviários, Lar Santa Casa da Misericórdia, Lar Fernando Eiró, CERE e CLAC.

Caminhar ao ar livre:

- Permite o convívio social reduzindo o isolamento social e a solidão;
- Melhora a qualidade de vida;
- Estimula as relações afetivas e apoia as pessoas isoladas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança das pessoas idosas;
- Permite a partilha de vivências.

São muitos os benefícios que a prática regular de atividade física traz para as pessoas, no entanto existem alguns cuidados que devem ser tidos em conta para evitar dores, desconforto, acidentes e lesões, logo o melhor caminho a seguir é sem dúvida a prevenção.

Para caminhar de forma segura e confortável utilize:

- Chapéu de cabeça para se proteger do sol;
- Coloque protetor solar nas áreas expostas em especial a face;
- Vista roupa leve, larga e confortável, que facilite os movimentos adequados ao clima;
- Calçado confortável, que contenha espaço suficiente para mexer bem todos os dedos dos pés, com sola antiderrapante e que proporcione o apoio total do calcanhar;
- É muito importante que não se esqueça de beber água, mesmo que não sinta sede, antes durante e após a caminhada.

Não se esqueça, venha caminhar connosco, no próximo dia 8 de abril, 2º Feira, pelas 14h30m no Pavilhão Desportivo Municipal do Entroncamento.

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA!

Comprovativo de gravação artigo científico

Declaração

Declara-se que no âmbito das atividades do Espaço Saúde da UCC Entroncamento, a Enfermeira Anabela Fernandes Rodrigues dos Santos, elaborou e gravou no dia 03 de abril de 2019 um artigo científico com o tema – “Venha Caminhar Connosco”, divulgado na Rádio Voz do Entroncamento.

Entroncamento, 03 de abril de 2019

Sónia Pereira

Coordenadora UCC Entroncamento
ACES Semo D'Alto

A Coordenadora da UCC
Sónia Pereira

ANEXO XIV - Artigo “Dê mais vida aos seus anos” para o Jornal do Entroncamento

Artigo para o Jornal do Entroncamento

Título: **Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!**

Sou enfermeira a estudar na Escola Superior de Saúde de Santarém no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento.



Este artigo é dedicado às pessoas idosas e tem como objetivo ajudá-las a ter informação sobre as causas que podem conduzir ao isolamento social e solidão, e o que pode fazer para as evitar, para ter um envelhecimento ativo e saudável, com maior qualidade de vida.

O isolamento social e a solidão são dos problemas, que mais afetam a população idosa, em Portugal.

Viver cada vez mais é um desejo da maioria das pessoas, porém, a presença de incapacidade, dependência e perda de autonomia podem prejudicar a qualidade de vida do idoso e, dificultar, ou até impedir, que este participe ativamente na sociedade.

Neste contexto, o convívio e as relações sociais são fundamentais para a qualidade de vida de todos os indivíduos, ao contrário do isolamento social e da solidão, que afetam negativamente a saúde e o bem-estar.

O isolamento social é manifestado quando há ausência de contacto social ou familiar, de envolvimento na comunidade ou dificuldade no acesso aos serviços de que necessita. Pode ocorrer em todas as faixas etárias do indivíduo, manifestando-se de forma mais intensa nos idosos, quer residam em meios rurais ou urbanos. O isolamento social pode desencadear o sentimento de solidão, que está relacionado com a ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de se estar sozinho, podendo interferir negativamente com a qualidade de vida.

Existem vários fatores pessoais e sociais que contribuem para que se fale em “isolamento social nos idosos”. As condições psicológicas e sociais às quais as pessoas estão expostas podem aumentar o risco de isolamento social, nomeadamente: sentimento de insegurança, fraca mobilidade e acessibilidade, incapacidade para estabelecer relações interpessoais satisfatórias, situação familiar, alteração da aparência física, alteração do estado mental, incapacidade de desenvolver as tarefas pessoais.

As causas do isolamento social podem ser manifestadas através: isolamento geográfico (meio rural), indisponibilidade da família para cuidar dos idosos, população maioritariamente não ativa, ausência de atividades de ocupação dos tempos livres, limitação nas valências dos centros sociais.

A solidão é um sentimento que provoca tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência. Tal como o isolamento social, a solidão pode ser vivida em todas as idades, porém, tem-se difundido com maior intensidade nos idosos com mais de 65 anos de idade.

Em caso de solidão a pessoa sente, que não pode contar com ninguém, que a rede de pessoas de que dispõe, não é suficiente face às suas necessidades e, por isso, sente insatisfação. Existem vários fatores pessoais e sociais, que contribuem para a solidão nos idosos, que são: a reforma, a viuvez e exclusão social.

As causas da solidão podem ser manifestadas através: isolamento geográfico, ausência de atividades de ocupação de tempos livres, falta de apoio das redes sociais, falta de acessibilidade às redes sociais, indisponibilidade da família para cuidar do idoso, abandono do idoso pela família e circunstâncias da vida tais como: reforma, viúves, divórcio, morte de alguém próximo e baixa autoestima.

Saber como evitar e como combater o isolamento social e solidão nos idosos é fundamental para perceber este problema e conseguir evitar ou ajudar, aqueles que o vivem. Por isso procure fazer novas amizades, invista nas relações sociais, conviva com pessoas de diferentes gerações, inclua atividades de grupo no dia-a-dia, participe em atividades sociais voluntárias, invista em si próprio, frequente cursos e/ou adote um animal de estimação.

As relações sociais e a integração na comunidade são fundamentais para a realização emocional de cada indivíduo, contribuindo para qualidade de vida de todas as pessoas, em todas as idades. Portanto, sempre que tiver oportunidade, participe em atividades sociais, culturais, recreativas e desportivas. Assim, está a contribuir para a sua saúde e para o seu bem-estar, promovendo o seu envelhecimento ativo.

Realizado por: Anabela Santos



Dê mais vida aos seus anos!



Apoio a Idosos ao Domicílio - em Lisboa

Emprego social dirigido aos idosos e apoio domiciliário e social em Lisboa

Sou a enfermeira Anabela Santos a estudar na Escola Superior de Saúde de Santarém no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourão/ Entroncamento (ICC).



Este artigo é dedicado às pessoas idosas e tem como objetivo informá-las sobre as causas que podem conduzir ao isolamento social e à solidão e o que fazer para os evitar, tendo um envelhecimento ativo e saudável com maior qualidade de vida.

Esta Invenção Japonesa Permite-lhe Comunicar Em 43 Línguas

Para o mundo, aprender uma língua é considerado o sonho de muitos

O isolamento social e a solidão são dos problemas, que mais afetam negativamente a saúde e o bem-estar da população idosa, em Portugal.

Viver cada vez mais é um desejo da maioria das pessoas, porém a presença de incapacidade, dependência e perda de autonomia podem prejudicar a qualidade de vida do idoso e, dificultar ou até impedir, que este participe ativamente na sociedade.

O isolamento social é manifestado quando há ausência de contacto social ou familiar, de envolvimento na comunidade ou dificuldade no acesso aos serviços de que necessita. Pode ocorrer em todos os faixas etárias do indivíduo, manifestando-se de forma mais intensa nos idosos, quer residam em meios rurais ou urbanos (Lutkin e Larsen, 2006).

A solidão é um sentimento que provoca tristeza, ansiedade e muito desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência. Tal como o isolamento social, a solidão pode ser vivida em todas as idades, porém, tem-se manifestado com maior intensidade nos idosos (Wilson, Harris, Hoffe & Mohankumar 2010).

TARIFAS DE LUZ E GÁS COM

12% DESCONTO
sobre o Total da fatura

ADIRA JÁ

Reciba uma esportista grátis e 100 minutos a um iPhone 4S

What's your power? **endesa**

ULTIMOS ARTIGOS

ENTRONCAMENTO | Incêndio na estufa de pintura da EMEF

combatido prontamente

Projeto "Idosos Digitais" | Município entregou hoje Kit ao Agrupamento de Escolas de Constância

31 maio | Carlos Cunha apresenta-se como ator e encenador em "E tudo ao molho..."

12 maio | Município promove Teatro Infantil "Monstrologia"

Feira do Livro de Tomar foi a mais consistente e concorrida de sempre

- RESPOSTAS PATROCINADAS
- Curso distância 0
 - Cuidadores idosos 0
 - Idosos atividades 0
 - Idosos idade 0
 - Idosos saúde 0

SIGA O EOL



As causas que podem conduzir ao isolamento social e à solidão são:

- isolamento geográfico (meio rural);
- indisponibilidade da família para cuidar dos idosos; a reforma, viúves, divórcio, morte de alguém próximo, exclusão social (devido ao término da atividade profissional), alteração do estado mental (que conduz à incapacidade de desenvolver as tarefas pessoais) e baixa autoestima (que leva a uma alteração da aparência física);
- população maioritariamente não ativa;
- ausência de atividades de ocupação dos tempos livres (que conduz à incapacidade para estabelecer relações interpessoais satisfatórias);
- falta de apoio e acessibilidade aos recursos sociais.

Como evitar e combater o isolamento social e a solidão nos idosos:

- procure fazer novas amizades (promove o relacionamento social);
- invista nas relações sociais (organize almoços/fanchets/jantares com a família e/ou amigos);
- conviva com pessoas de diferentes gerações (este convívio pode passar por cuidar e cuidar de seus netos e amigos);
- inclua atividades de grupo no seu dia-a-dia (viagens, jogos, convívios, caminhadas);
- participe em atividades sociais voluntárias, como por exemplo inscreva-se na Universidade Sénior, frequentar cursos de formação promovidos pelas várias instituições

escolas do Entroncamento, etc.;

- pratique atividade física como caminhada e convívio ao ar livre;
- adote um animal de estimação.

Se participar em atividades sociais, culturais, recreativas e desportivas, está a contribuir para a sua saúde e para o seu bem-estar, promovendo um envelhecimento ativo.

Bibliografia: Lütken, J., Larsen, R. (2006). Chronic illness impact and interventions. 6th edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers; Wilson, D. M., Harra A., Halla V, Molandkumar D. (2010). Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation. International Journal of Older People Nursing. 262-268

Será realizada uma Sessão de Educação para a Saúde pela Enf.ª Anabela Santos e Enf.ª Cátia Gonçalves, respetivamente sobre o tema "Isolamento Social" e "Ser Ativo Todos Os Dias - Um Processo De Capacitação Para Idosos" no dia 8 de maio de 2019 às 14h30 no Centro de Convívio do Entroncamento, promovido pela Unidade de Custódia da Comunidade Alentejano/Entroncamento, com a parceria da Câmara Municipal do Entroncamento, que desde já agradecemos a compreensão e colaboração de mesma.



Feira do Livro de Tomar foi a mais consistente e concorrida de sempre

14 Maio, 2019

100

PESQUISAR PATROCINADOR

Curso distância 0,00

Créditos idiosos 0,00

Idiosos atividades 0,00

Idiosos cidade 0,00

Idiosos saúde 0,00

SIGA O EOL



Feira do Livro de Tomar foi a mais consistente e concorrida de sempre

14 Maio, 2019

100

PESQUISAR PATROCINADOR

Curso distância 0,00

Créditos idiosos 0,00

Idiosos atividades 0,00

Idiosos cidade 0,00

Idiosos saúde 0,00

ENLTA 2019

ANEXO XV - Questionário inicial dos dados de caracterização, fichas de conhecimento iniciais e finais das sessões e questionário de avaliação final do formador



QUESTIONÁRIO

Chamo-me Anabela Santos, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém. No âmbito da elaboração do meu trabalho de Mestrado, inserido no estágio a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento, agradeço a sua colaboração no preenchimento deste questionário, de carácter confidencial, e cujos dados se destinam unicamente a tratamento estatístico.

Asseguro o anonimato e confidencialidade das respostas.

PARTE I – Dados de caracterização

(Selecione uma das seguintes opções)

1 – Idade:

65 - 70	70 – 75	75 - 80	80 e +

2 – Género:

Feminino	Masculino

3 – Estado Civil:

Solteiro	Casado/União de facto	Divorciado/Separado	Viúvo

4 – Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	1º Ciclo	2ª Ciclo	3ª Ciclo	Ensino Secundário	Curso Técnico/profissional	Ensino Superior

5 – Situação Laboral:

Empregado	Desempregado	Reforma/Pensionista

6– Com quem vive:

Sozinho	Cônjuge	Filhos	Outros

7–Ocupação do tempo livre:

Tarefas de casa	Visita a família	Visita amigos	Vê televisão	Faz voluntariado	Outros

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Inicial

Sessão nº 1: Isolamento Social

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar sobre isolamento social?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe quais são as causas que conduzem ao isolamento social?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe quais são as consequências do isolamento social?

Sim _____ Não _____

4 – Sabe como combater o isolamento social?

Sim _____ Não _____

5 – Sente-se Sozinho?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Final

Sessão nº 1: Isolamento Social

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar sobre isolamento social?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe quais são as causas que conduzem ao isolamento social?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe quais são as consequências do isolamento social?

Sim _____ Não _____

4 – Sabe como combater o isolamento social?

Sim _____ Não _____

5 – Sente-se Sozinho?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Inicial

Sessão nº 2: Solidão

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar de solidão?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe quais são as causas da solidão?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe quais são as consequências da solidão?

Sim _____ Não _____

4 – Sabe como combater a solidão?

Sim _____ Não _____

5 – Sente-se Sozinho?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Final

Sessão nº 2: Solidão

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar de solidão?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe quais são as causas da solidão?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe quais são as consequências da solidão?

Sim _____ Não _____

4 – Sabe como combater a solidão?

Sim _____ Não _____

5 – Sente-se Sozinho?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Inicial

Sessão nº 3: Recursos Comunitários

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar sobre recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe o que são recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe onde pode encontrar informação sobre estes recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

4 – Já alguma vez utilizou estes recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

5 – Acha que, se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia mais seguro?

Sim _____ Não _____

6 – Acha que, se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia menos isolado?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração!



Ficha de Avaliação de Conhecimentos Final

Sessão nº 3: Recursos Comunitários

(Coloque uma cruz na opção correta)

1 – Alguma vez ouviu falar sobre recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

2 – Sabe o que são recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

3 – Sabe onde pode encontrar informação sobre estes recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

4 – Já alguma vez utilizou estes recursos comunitários?

Sim _____ Não _____

5 – Acha que, se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia mais seguro?

Sim _____ Não _____

6 – Acha que, se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia menos isolado?

Sim _____ Não _____

Grata pela vossa colaboração



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FINAL

(Grau de satisfação)

Agradecemos que preencha o questionário registando o seu grau de satisfação em relação vários aspetos, segundo a escala apresentada.

FORMAÇÃO:

1– Muito Insatisfeito; 2– Insatisfeito; 3 – Sem Opinião; 4 – Satisfeito; 5– Muito Satisfeito

1. *Expectativas*

	1	2	3	4	5
Esta ação correspondeu ao que dela esperava					

2. **Conteúdo Programático**

Os assuntos abordados e desenvolvidos nesta ação de formação:

	1	2	3	4	5
Contribuíram para aumentar os seus conhecimentos					
Têm aplicação prática no seu dia-a-dia					
Foram abordados os pontos que lhe interessam					
Permitiram uma troca de informações e de experiências					



3. Formadora

	1	2	3	4	5
Motivou a participação do grupo					
Despertou o interesse					
Expressou-se com clareza					
Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva					
Estabeleceu boa relação com o grupo					

4. Necessidades Formativas

	1	2	3	4	5
A ação satisfaz as suas necessidades					

5. Opinião Global

	1	2	3	4	5
A sua opinião sobre esta ação					

Comentários

Grata pela sua colaboração!

ANEXO XVI - Plano de sessão, guião de apresentação, instrumento de avaliação da sessão e
folheto da caminhada

PLANO DE SESSÃO

MESTRANDAS: Anabela Santos e Cátia Gonçalves

TEMA: Isolamento Social e Atividade física - Dia Mundial da Saúde

OBJETIVO: Apresentação à população-alvo

LOCAL: Pavilhão Desportivo Municipal do Entonhecimento

DATA: 08/04/2019

DURAÇÃO: 60 minutos

ETAPA	DURAÇÃO	CONTEUDO	QUEM	MATERIAIS E MÉTODOS
Introdução	10'	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> • Formadores • Tema • Objetivos da apresentação • Conteúdos a apresentar 	Anabela Santos	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo
Desenvolvimento	25'	1- Dia Mundial da Saúde 2- Atividade Física 3- Isolamento social e Solidão 4- Caminhada: <ul style="list-style-type: none"> - Benefícios da atividade física - caminhada; - Aquecimento; - Vestuário e Calçado adequado; - Arrefecimento 	Anabela Santos Cátia Gonçalves	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo
Conclusões	25'	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da Sessão • Distribuição de Folheto • Avaliação da sessão • Encerramento 	Cátia Gonçalves	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo



GUIÃO DE APRESENTAÇÃO DA SESSÃO AOS IDOSOS DO DIA MUNDIAL DA SAÚDE DIA 8 DE ABRIL DE 2019

Olá a todos, somos alunas do Mestrado em Enfermagem Comunitária a estagiar na UCC do Entroncamento: Sou a Enf.^a Anabela e a minha colega Enf.^a Cátia.

Estamos aqui hoje para comemorar o Dia Mundial da Saúde. Vamos falar um pouco sobre a prática regular da **atividade física**, o **isolamento social** e a **solidão**. E que contributos trazem para a nossa saúde e para a nossa qualidade de vida.

Caminhar ao ar livre permite o convívio social reduzindo o isolamento social e a solidão.

Benefícios para a saúde:

- Melhora a qualidade de vida dos idosos;
- Facilita o relacionamento social;
- Estimula as relações afetivas
- Apoia as pessoas isoladas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança dos idosos; e
- Permite a partilha de vivências.

Tem por finalidade promover as relações de proximidade, no combate ao isolamento e á dependência da população idosa, contribuindo para um envelhecimento ativo.

A prática regular de atividade física está indicada para pessoas de todas as idades, inclusive para as pessoas idosas.

Benefícios para a saúde:

- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão;
- Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos;
- Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão;
- Ajuda a controlar o peso e diminui o risco de obesidade;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose;
- Reduz o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- Reduz dores lombares e dores nos joelhos;

- Ajuda a manter os ossos, músculos e articulações saudáveis;

Existem alguns cuidados que devem considerar para evitar dores, desconfortos, acidentes e lesões. Pelo que a prevenção é o melhor caminho. Não esquecer que é importante manter a motivação.

Deverá **consultar o médico** e o **enfermeiro** de família antes de iniciar qualquer tipo de atividade física.

O aquecimento:

Durante 5 a 10 minutos:

- Estique suavemente os músculos, respire fundo.
- Gradualmente, comece a caminhar e a fazer flexões em todo o corpo.
- Quando começar a transpirar significa que o corpo está pronto para o esforço.
- Comece, então, a fazer exercícios, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
- Continue por 20 minutos.

O vestuário/calçado:

- A roupa deve permitir liberdade de movimentos.
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade.
- Usar chapéu de cabeça.
- Levar água para se hidratar.

As pessoas com ***diabetes*** devem levar açúcar ou rebuçados para a eventualidade de ter uma hipoglicémia (baixa de açúcar).

Não esquecer que a prática regular da atividade física deve associar-se sempre a ***hábitos alimentares adequados***, pois é através dos alimentos, que o organismo obtém energia e outros nutrientes essenciais.

Por fim, **após a caminhada** termine com um **arrefecimento** de 10 minutos: esticando os músculos e respirando fundo.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SESSÃO - RESPOSTAS

Tema da Sessão: Isolamento social e Atividade Física – Dia Mundial da Saúde

Data da Sessão: 8 de abril de 2019

Formadores: Anabela Santos e Cátia Gonçalves

RESPOSTA **IDOSO 1:**

Questão	Avaliação da Sessão	Concorda	Discorda
1	Organização da sessão foi adequada?		
2	O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?		
3	A sessão correspondeu às expetativas?		
4	Os documentos fornecidos são uteis? (Folheto)		
5	O método utilizado foi adequado?		
6	Os formadores utilizaram uma linguagem clara e acessível?		
7	Considera que a sessão foi boa?		
8	Compreendeu a informação da sessão?		

RESPOSTA **IDOSO 2:**

Questão	Avaliação da Sessão	Concorda	Discorda
1	Organização da sessão foi adequada?		
2	O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?		
3	A sessão correspondeu às expetativas?		
4	Os documentos fornecidos são uteis? (Folheto)		
5	O método utilizado foi adequado?		
6	Os formadores utilizaram uma linguagem clara e acessível?		
7	Considera que a sessão foi boa?		
8	Compreendeu a informação da sessão?		

RESPOSTA IDOSO 3:

Questão	Avaliação da Sessão	Concorda	Discorda
1	Organização da sessão foi adequada?		
2	O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?		
3	A sessão correspondeu às expectativas?		
4	Os documentos fornecidos são uteis? (Folheto)		
5	O método utilizado foi adequado?		
6	Os formadores utilizaram uma linguagem clara e acessível?		
7	Considera que a sessão foi boa?		
8	Compreendeu a informação da sessão?		

RESPOSTA IDOSO 4:

Questão	Avaliação da Sessão	Concorda	Discorda
1	Organização da sessão foi adequada?		
2	O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?		
3	A sessão correspondeu às expectativas?		
4	Os documentos fornecidos são uteis? (Folheto)		
5	O método utilizado foi adequado?		
6	Os formadores utilizaram uma linguagem clara e acessível?		
7	Considera que a sessão foi boa?		
8	Compreendeu a informação da sessão?		

RESPOSTA IDOSO 5:

Questão	Avaliação da Sessão	Concorda	Discorda
1	Organização da sessão foi adequada?		
2	O tema foi interessante e permitiu aquisição de novos conhecimentos?		
3	A sessão correspondeu às expetativas?		
4	Os documentos fornecidos são uteis? (Folheto)		
5	O método utilizado foi adequado?		
6	Os formadores utilizaram uma linguagem clara e acessível?		
7	Considera que a sessão foi boa?		
8	Compreendeu a informação da sessão?		

O AQUECIMENTO:

Durante 5 a 10 minutos:

- Estique suavemente os músculos, respire fundo e faça movimentos ligeiros com os braços.
 - Gradualmente, comece a caminhar, a oscilar e a fazer flexões em todo o corpo.
- Quando começar a transpirar, significa que o corpo está pronto para o esforço:
- Comece, então, a fazer o exercício, de maneira a aproveitar as vantagens do aquecimento.
 - Continue por 20 minutos.

O VESTUÁRIO/CALÇADO:

- A roupa deve permitir liberdade de movimentos;
- O calçado deve proporcionar um bom apoio e ser adequado à atividade;
- Usar chapéu e protetor solar;
- Levar água para se hidratar.

Se tem Diabetes deve levar açúcar ou rebuçados para a eventualidade de ter uma hipoglicémia.

A prática de atividade física promove as relações sociais entre as pessoas idosas e melhora a sua qualidade de vida.



Isolamento Social e Atividade Física

Uma partilha de novas vivências!



CONTACTOS ÚTEIS

Linha de Saúde 24 : 808 24 24 24

INEM: 112

UCC Entroncamento

Rua Dr. Miguel Bombarda

2330 - 017 Entroncamento

Geral: 249 720 940/249 729 010

UCC: 249 729 015

ucc.entroncamento@arslvt.m-in-saude.pt

Benefícios da atividade física

A prática regular de atividade física está indicada para pessoas de todas as idades, inclusive para as pessoas idosas.

- Promove o bem-estar psicológico, reduz o stress, a ansiedade, a depressão e o sentimento de solidão;
- Aumenta a esperança média de vida de 3 a 5 anos;
- Reduz o risco de desenvolver doenças crónicas;
- Ajuda a prevenir/reduzir a hipertensão;
- Ajuda controlar o peso e diminui o risco de obesidade;
- Ajuda a prevenir/reduzir a osteoporose, reduzindo o risco de fratura do colo do fémur nas mulheres;
- Ajuda a reduzir as dores lombares e dores nos joelhos;
- Ajuda na manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis.

Benefícios da Caminhada

Caminhar ao ar livre permite o convívio social reduzindo isolamento social e solidão.

- Melhora a qualidade de vida dos idosos;
- Facilita o relacionamento social;
- Estimula as relações afetivas;
- Contribui para a estabilidade emocional e segurança das pessoas idosas;
- Partilha de vivências.

Tem por finalidade promover as relações de proximidade, no combate ao isolamento e a dependência da população idosa, contribuindo para um envelhecimento ativo.



Deverá começar de forma gradual (exemplo: pequenas caminhadas 10 minutos 1x por dia, depois 2x por dia, depois 3x por dia, e depois passar a 30 minutos seguidos).



Não esquecer que a prática regular da atividade física deve associar-se sempre a hábitos alimentares adequados, pois é através dos alimentos, que o organismo obtém energia e outros nutrientes essenciais na prática de atividade física.

ANEXO XVII - Plano de sessão, *poster* de divulgação, apresentação em PowerPoint, folheto e Íman alusivo ao isolamento social

PLANO DE SESSÃO



Temática	Isolamento social nas Pessoas Idosas		Data de realização	8 de maio de 2019	
Formador	Anabela Santos		Nº de horas	1h	
Destinatário	Idosos com 65 anos ou mais do Entroncamento		Sessão nº	2	
Objetivo Geral	Informar sobre o Isolamento Social Promover a interação social		Local	Centro Convívio do Entroncamento	
Objetivos específicos	<p>Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender o conceito de Isolamento Social nos Idosos; - Identificar os fatores de risco do isolamento social nos idosos; - Identificar as causas do isolamento social nos idosos; - Identificar as consequências do isolamento social nos idosos; - Adquirir conhecimentos de como combater o isolamento social nos idosos 				
Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Meios auxiliares de ensino	Metodologias de Avaliação
Introdução	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> - Formadora; - Tema; - Objetivos da apresentação; - Validação sobre de conhecimentos prévios. - Conteúdos a apresentar. 			
Desenvolvimento	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de Isolamento Social nos Idosos; - Características que definem Isolamento Social nos idosos; - Fatores de Risco que provocam o Isolamento Social nos Idosos; - Causas que provocam o Isolamento Social nos Idosos; - Consequências que provocam o Isolamento Social nos Idosos; - Como combater o Isolamento nos Idosos. 	-Método expositivo, interrogativo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Videoprojector 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos - Observação direta; - Participação dos formandos.
Conclusão	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de folheto 			
Observações:					



ISOLAMENTOS SOCIAL NAS PESSOAS IDOSAS

Diga não à Solidão:

CONVIVA, PELA SUA SAÚDE



**Sessão sobre
Isolamento Social nas
Pessoas Idosas do
Concelho do
Entroncamento**

**Dia 8 de maio de
2019
às
14 h e 30 m**

**Centro de
Convívio do
Entroncamento**

Autora: Enfermeira
Anabela Santos
Enfermeira Cooperante:
Cristina Gonçalves
7º Mestrado em
Enfermagem Comunitária



7º CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária

Isolamento Social nas Pessoas Idosas

Autora:

Anabela Santos

Orientadora:

Professora Doutora

Maria do Carmo Figueiredo

Enfermeiras Cooperantes:

Mestre Ana Cristina Gonçalves



maio de 2019



Isolamento Social

O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na Comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).





Caraterísticas do Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- Sentimentos de rejeição e tristeza;
- Tendência para se afastar da sociedade;
- Falta de comunicação e de contato visual com os outros.



3



Fatores de Risco do Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- Sentimento de insegurança (receio de sair à rua);
- Fraca mobilidade e acessibilidade;
- Incapacidade para estabelecer relações interpessoais satisfatórias;
- Situação familiar;
- Alteração da aparência física;
- Alteração do estado mental;
- Incapacidade de desenvolver as tarefas pessoais.



4



Causas do Isolamento Social nas Pessoas

Idosas:

- Isolamento geográfico (meio rural);



- Indisponibilidade da família para cuidar do idoso;
- População maioritariamente não ativa;
- Ausência de atividades de ocupação dos tempos livres;
- Limitação nas valências dos centro sociais.

5



Consequências do Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- **Solidão depois da reforma** - o isolamento social pode surgir devido ao término da atividade profissional, uma vez que existe uma mudança no modo de vida do idoso, que pode levar à sensação de perda de utilidade para a sociedade;
- **Sentimento de inutilidade social** - a reforma está, também, associada à perda de rendimento, de prestígio, de sentido, de competência, de utilidade e afastamento de alguns contactos sociais;



6



Consequências do Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- **Baixa qualidade de vida** – a viuvez é, também, muitas vezes associada ao isolamento social nos idosos. A perda do cônjuge pode criar sentimentos de solidão e abandono;
- **Baixa autoestima (problemas psicológicos e depressões)** – a ausência ou abandono por parte dos familiares faz com que o sentimento de solidão seja maior, principalmente se as visitas familiares forem escassas ou mesmo se ficarem abandonados nos lares.



7



Como Combater o Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

O isolamento social é um dos problemas que mais afeta a população idosa em Portugal. Saber como evitar e como combater o **isolamento nas pessoas idosas** é fundamental para perceber este problema e conseguir evitar ou ajudar aqueles que o vivem:

- **Procurar fazer novas amizades** - conhecer pessoas e fazer novas amizades é uma excelente forma de combater o isolamento social, promovendo o relacionamento social;



8



Como Combater o Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- **Fazer voluntariado** - torne-se voluntário por uma causa, em que acredita, de forma a estimular relações afetivas e sociais.

- **Investir nas relações sociais** - organize jantares ou almoços de família ou de amigos e tire o máximo proveito destes eventos.



9



Como Combater o Isolamento Social nas Pessoas Idosas:

- **Conviver com pessoas de diferentes gerações** - uma forma de o conseguir passa por cuidar e mimar os seus netos, sem que o seu tempo e espaço pessoal seja prejudicado;



- **Incluir atividades de grupo no dia a dia** - cursos, viagens, jogos e caminhadas são uma ótima forma de ocupar os tempos livres.



10



O envelhecimento deve ser vivido de uma forma ativa, ou seja, com saúde (bem-estar físico, mental e social), em segurança (com proteção e dignidade asseguradas), e de forma participativa (participação em atividades sociais, culturais e espirituais). (DGS, 2008)

11



**OBRIGADO PELA VOSSA
ATENÇÃO**

© Shutterstock 12



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. (2008). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

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

Manso, M., Comosako, V., Lopes, R. (2018, Out./Nov./Dez). *Revista Portal*, Nº 58, pp.82-86.

Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais CIES, ISCTE-JUL.

Mendo, R. (2017, Abr.). *Vida Ativa. Isolamento de idosos: Causas e Como Combater*, pp.1-8.

Observador (2014). *Quem são e como vivem os idosos em Portugal*. Acedido em 18 de março de 2019 em <https://observador.pt/2014/08/30/quem-sao-e-como-vivem-os-idosos-em-portugal/>

Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.

Consequências do Isolamento Social

- Solidão depois da reforma;
- Sentimento de inutilidade social;
- Baixa qualidade de vida da pessoa idosa.



Como combater o Isolamento Social

- Procurar fazer novas amizades;
- Fazer voluntariado;
- Investir nas relações sociais;
- Conviver com pessoas de diferentes gerações;
- Incluir atividades de grupo no dia a dia.

Partilhar Novas Vivências!

Promover relações sociais entre as pessoas idosas é melhorar a sua qualidade de vida.



A DECISÃO É SUA!

NÃO ADIE MAIS, COMECE AGORA, A VIDA É SUA!

Elaborado por: Anabela Santos
Álvaro do Almeida em colaboração com a equipa
da Escola Superior de Saúde de Santarém

Bibliografia:
DINIZ, C. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Lubkin, I., Larson, R. (2006). Como viver melhor em idades avançadas. 8th edição. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

UCC Almoural/Entroncamento

Morada : Rua Dr. Miguel Bombarda
Código postal : 2330-017 ENTRONCAMENTO
Telefones: 249 7219 015
Telefone Geral : 2 49720980
Email : ucc.entroncamento@arsid.mh.saude.pt



Isolamento Social



UCC ENTRONCAMENTO

Isolamentos Social

Isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na Comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).



Caraterísticas do Isolamento Social

- Sentimentos de rejeição e tristeza;
- Tendência para se afastar da sociedade;
- Falta comunicação e de contacto visual com outros.

Fatores do Isolamento Social

- Sentimento de insegurança (receio de sair à rua);
- Fraca mobilidade e acessibilidade;
- Incapacidade para estabelecer relações interpessoais satisfatórias;
- Situação familiar;
- Alteração da aparência física;
- Alteração do estado mental;
- Incapacidade de desenvolver as tarefas pessoais.



Causas do Isolamento Social

- Isolamento geográfico (meio rural);
- Indisponibilidade da família para cuidar da pessoa idosa;
- Ausência de atividade de ocupação de tempos livres;
- Limitação das valências dos centros sociais.





A decisão é sua, não adie mais
Comece agora
a vida é sua!

Elaborado por: Anabela Santos

Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

da Escola Superior de Saúde de Santarém

ANEXO XVIII - Plano de sessão, *poster* de divulgação, apresentação em PowerPoint e
respetivo folheto sobre solidão



PLANO DE SESSÃO



Temática	Solidão nas Pessoas Idosas			Data de realização	22 de maio de 2019
Formador	Anabela Santos			Nº de horas	60 minutos
Destinatário	Idosos com 65 anos ou mais do Entroncamento			Sessão nº	3
Objetivo Geral	Informar sobre a solidão Promover a interação social			Local	Centro Cultural do Entroncamento
Objetivos específicos	Pretende-se que no final da sessão, os participantes sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> - Compreender o conceito de solidão nos idosos; - Identificar os fatores de risco de solidão nos idosos; - Identificar as causas de solidão nos idosos; - Identificar as consequências de solidão nos idosos; - Adquirir conhecimentos de como combater a solidão nos idosos. 				
Etapas	Duração	Conteúdos	Métodos	Meios auxiliares de ensino	Metodologias de Avaliação
Introdução	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> . Apresentação: <ul style="list-style-type: none"> . Formadora; . Tema; . Objetivos da apresentação; . Validação sobre de conhecimentos prévios. - Conteúdos a apresentar. 		<ul style="list-style-type: none"> - Computador portátil; - Videoprojector 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação da ficha de avaliação de conhecimentos - Observação direta; - Participação dos formandos.
Desenvolvimento	30 min.	Definição de solidão nos Idosos; <ul style="list-style-type: none"> - Características que definem a solidão nos idosos; - Fatores de Risco que provocam a solidão nos idosos; - Causas que provocam a solidão nos Idosos; - Consequências que provocam a solidão nos Idosos; - Como combater a solidão nos Idosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo, interrogativo e ativo 		
Conclusão	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Entrega de folheto 			
Observações:					

**SOLIDÃO NAS
PESSOAS IDOSAS**



maio de 2019

Autora:
Anabela Santos
Orientadora:
Professora Doutora
Maria do Carmo Figueiredo
Enfermeira Cooperante:
Mestre Ana Cristina Gonçalves

Socialização

É um processo pela qual uma pessoa aprende a ser um membro de um grupo social (Freitas, 2011).

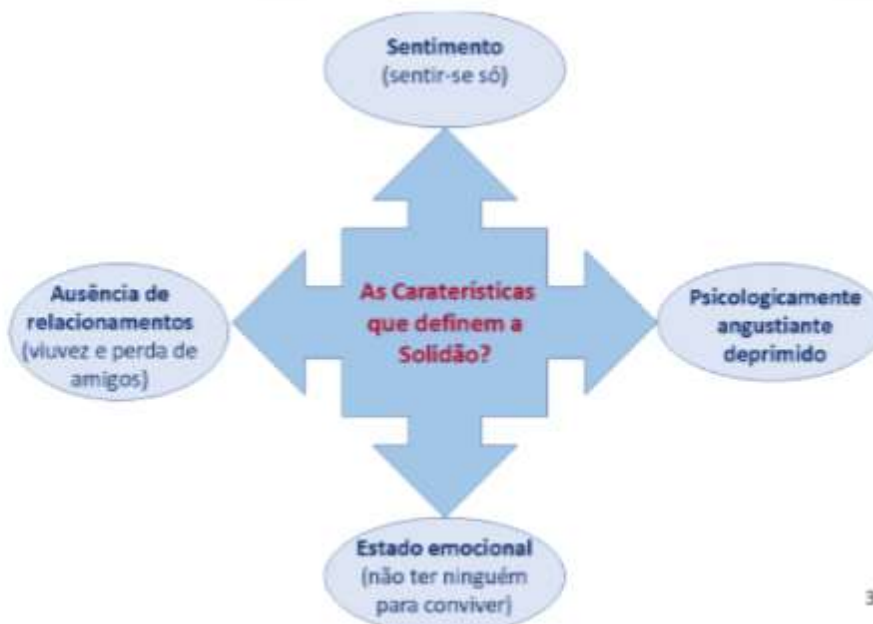
SOLIDÃO

A solidão é um sentimento que provoca tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência da pessoa idosa. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande problema nas pessoas idosas com mais de 65 anos de idade (Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar 2010).

**Qual a diferença
entre Socialização e
Solidão?**



Solidão nas Pessoas Idosas



3

Solidão nas Pessoas Idosas

Fatores de Risco da Solidão nas Pessoas Idosas:

Existem vários fatores pessoais e sociais que contribuem para a solidão nas pessoas idosas que são:

- **Reforma:**

- faz parte da trajetória de vida;
- pode ser vivida positivamente ou negativamente;
- corte com as relações sociais;
- relacionada com a qualidade de vida e bem estar;
- fonte de risco para a solidão.



4

Fatores de Risco da Solidão nas Pessoas Idosas:

- **Viuvez:**

- momento trágico;
- rutura a nível pessoal tanto familiar como social;
- estado emocional negativo: desilusão com a vida, insónias e depressão;
- alteração do grupo de amigos.

- **Exclusão Social:**

- sociedade industrializada;
- inovações tecnológicas;
- estruturas pouco adaptadas;
- baixas reformas.



5

Causas da Solidão nas Pessoas Idosas:

- **Fatores Ambientais:**

- Isolamento geográfico (meio rural);

- **Fatores Socioculturais:**

- Ausência de atividades de ocupação de tempos livres;
- Falta de apoio das redes sociais (segurança social);
- Falta de acessibilidade às redes sociais (serviços comunitários).

- **Fatores Pessoais:**

- Indisponibilidade da família para cuidar da pessoa idosa;
- Abandono da pessoa idosa pela família;
- Eventos de vida tais como: reforma, viuvez, divórcio, morte de alguém próximo e baixa autoestima.



6

Solidão nas Pessoas Idosas

Consequências da Solidão nas Pessoas Idosas:

- Tristeza (sensação de vazio), que piora a autoestima e leva ao declínio do bem estar da pessoa idosa;
- Diminuição do poder de decisão e análise crítica;
- Depressão, ansiedade e comportamentos agressivos;
- Isolamento social (depois da reforma), que conduz a um sentimento de inutilidade ;
- Doenças limitadoras (após a viuvez) que trazem incapacidade física e/ou mental;
- Doenças cardiovasculares;
- Alteração do sono e fadiga.



7

Solidão nas Pessoas Idosas

Como Combater a Solidão nas Pessoas Idosas:



- **Fazer novas amizades** – conhecer novas pessoas é uma excelente forma de combater a solidão. Convidar um amigo, vizinho ou colega para sair e conversar, pois fortalece as relações;
- **Participar em atividades sociais voluntárias** – ajudar outras pessoas, poderá trazer um novo sentido à vida e contribuir para o aumento da felicidade e do bem estar, diminuindo o sentimento de solidão;



8

Como Combater a Solidão nas Pessoas Idosas:



- **Investir em si próprio** - cuidar da saúde mental (evitar pensamentos negativos e de rejeição) e física. Pratique atividade física – caminhada e convívio ao ar livre;

- **Investir nas relações sociais** – fazer parte de grupos de convívio, partilhar conhecimentos e experiências com outras pessoas;



9

Como Combater a Solidão nas Pessoas Idosas:



- **Adotar um animal de estimação** – os animais de estimação, em especial os cães e gatos, que para além de fazerem companhia trazem vários benefícios e um deles é a prevenção da solidão.

- **Frequentar cursos** – que atraiam público da mesma faixa etária ou com os mesmos interesses;



10

**Solidão nas Pessoas
Idosas**

**Diga não à Solidão:
Conviva, pela sua Saúde**



11

**Solidão nas Pessoas
Idosas**



OBRIGADO PELA VOSSA
ATENÇÃO

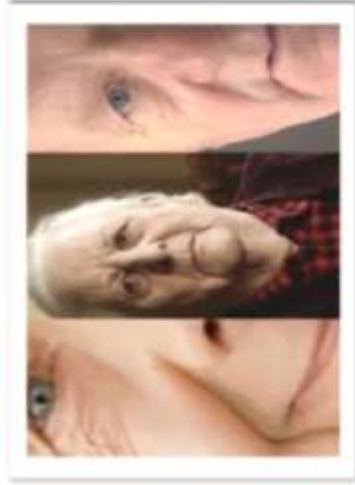
12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2008). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Freitas, P.C. B. (2011). *Solidão em Idosos: Perceção em Função da Rede Social - II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada*. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Faculdade de Ciências Sociais, Braga.
- Manso, M., Comosako, V., Lopes, R. (2018, Out./Nov./Dez). *Revista Portal*, Nº 58, pp.82-86.
- Mauritti, R. (2011). *Viver Só Mudança Social e Estilos de Vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais CIES, ISCTE-IUL.
- Observador (2014). *Quem são e como vivem os idosos em Portugal*. Acedido em 18 de março de 2019 em <https://observador.pt/2014/03/30/quem-sao-e-como-vivem-os-idosos-em-portugal/>
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lisboa: Lidel.
- Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). *Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. *International Journal of Older People Nursing*. 3(3): 288

Consequências da Solidão nas Pessoas Idosas

- Tristeza;
- Diminuição do poder de decisão e análise crítica;
- Depressão, ansiedade e comportamentos agressivos;
- Isolamento social;
- Doenças limitadoras que trazem incapacidade física e/ou mental;
- Doenças cardiovasculares;
- Alteração do sono e fadiga.



Como Combater a Solidão nas Pessoas Idosas

- Procurar fazer novas amizades;
- Participar em atividades sociais voluntárias;
- Investir nas relações sociais;
- Investir em si próprio;
- Frequentar cursos;



Elaborado por: Anabela Santos
Aluna do Mestrado em Enfermagem - Licenciada da Escola Superior de Saúde de Santarém

Bibliografia:

OMS. (2006). *Programa Nacional para o Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-geral de Saúde.

Wilson, D. M., Harris, A., Todd V. Monahan et al. (2012). *Upstream thinking and health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. *International Journal of Older People Nursing*, 2(2), 285.



UCC Almourol/Entrenamento

Morada : Rua Dr. Miguel Bombarda

Código postal : 2330-0317 - ENTRENAMENTO

Telefone : 249 720 055

Telefone Geral : 249 720 040

Email : ucc.entrenamento@uportaleves.saude.pt



Solidão



UCC ENT FORCAREMTO

Socialização

É um processo pela qual uma pessoa aprende a ser um membro de um grupo social (Freitas, 2011).

Solidão

A solidão é um sentimento que provoca tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto como a sensação de perda da independência da pessoa idosa. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande flagelo nos idosos com mais de 65 anos de idade (Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar 2010).



Caraterísticas da Solidão nas Pessoas Idosas

- Não conseguir relacionar-se com ninguém;
- Estar sozinho;
- Sentir-se triste;
- Sentir-se desamparado.

Fatores de risco da Solidão nas Pessoas Idosas

- Reforma;
- Viuvez;
- Exclusão Social.



Causas da Solidão nas Pessoas Idosas

- Fatores Ambientais:
Isolamento geográfico (meio rural);
- Fatores Socioculturais :
Ausência de atividades de ocupação de tempos livres e falta de apoio e acessibilidade de serviços comunitários;
- Fatores Pessoais:
Indisponibilidade da família para cuidar do idoso, abandono da pessoa idosa pela família e eventos de vida tais como: viuvez, divórcio e baixa autoestima.



ANEXO XIX - Plano de sessão, poster de divulgação, apresentação em PowerPoint, folheto, e íman, alusivos aos recursos comunitários



RECURSOS COMUNITÁRIOS
POPULAÇÃO
ADULTA / IDOSA

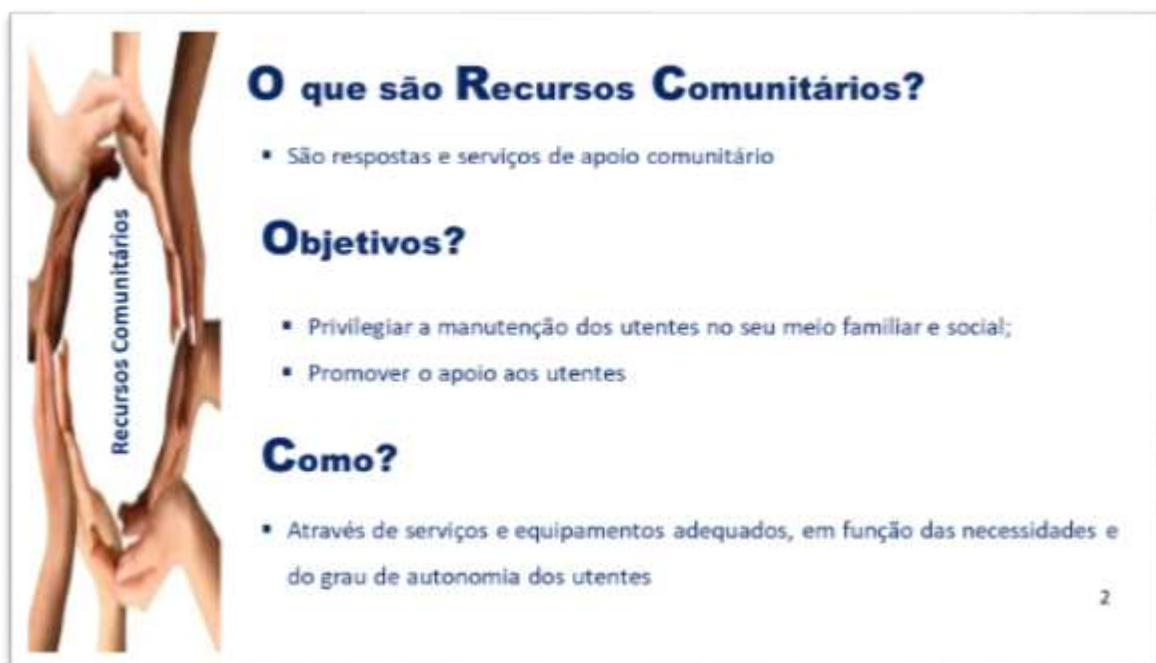
*Sessão sobre
Recursos
Comunitários
para a População
Adulta / Idosa do
Concelho do
Entroncamento*

*Dia 28 de maio de
2019
às
14 h e 30 m*

*Centro de
Convívio do
Entroncamento*



Autora: Enfermeira
Anabela Santos
Enfermeira Cooperante:
Mestre Ana
Cristina Gonçalves
7º Mestrado em
Enfermagem Comunitária





Recursos Comunitários

Serviços e Entidades de Apoio ao Concelho do Entroncamento:

Município do Entroncamento

- Câmara do Entroncamento - Serviço de Apoio Social e Psicológico – Apoio Social e Psicológico – tem como missão:
 - apoio social e psicológico

Rua da Junta de Freguesia, nº 1

2330 – 114 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 400

E-mail: ssociais@cm-entroncamento.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 8h30 às 16h30m



3



Recursos Comunitários

Juntas de Freguesias

- Junta Freguesia São João Baptista – tem como missão:
 - prestar serviços à comunidade.

Largo José Duarte Coelho, nº 8

2330 – 078 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 170

Email: jf.joaobaptista@gmail.com

Horário: 2ª a 6ª - 9h -13h/13h30m -17h30m



4



Recursos Comunitários

Juntas de Freguesias

• **Junta Freguesia Nossa Senhora de Fátima** – tem como missão:

- prestar serviços à comunidade:
 - atendimento geral - administrativo (no preenchimento de requerimento, declarações, IRS, atestados)

Rua Dr.º Francisco Mendes de Brito, nº 5

2330 – 223 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 726 036

Email: geral@jnsfatima.pt

Horário: 2.ª a 6.ª - 9h -12h30m/14h -17h



5



Recursos Comunitários

Serviço Local de Ação Social

• **Instituto de Segurança Social, IP** – tem como missão:

- atendimento geral;
- atendimento de tesouraria;
- atendimento de ação social
- serviço de Verificação de Incapacidades Permanentes e Temporárias.

Rua Dr. Francisco Mendes de Brito

2330 – 223 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 725 995

Horário de Atendimento: 2.ª a 6.ª das 09h00 às 16h00



6



Recursos Comunitários

Saúde

- **Unidade de Saúde Familiar Locomotiva** - tem como missão:
 - prestar cuidados de saúde de qualidade;
 - promover a participação e autonomia dos cidadãos, a quem presta cuidados para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade.

Rua Dr. Miguel Bombarda, 2330 – 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 729 010

E-mail: usf.locomotiva.coord@arslvt.min-saude.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 08h00 às 20h00



7



Recursos Comunitários

- **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados** - tem como missão:
 - promover a participação e autonomia dos cidadãos, a quem presta cuidados para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da comunidade.



Rua Dr. Miguel Bombarda, 2330 – 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 719 650

E-mail: csent@csentroncamento.arsantarem.min-saude.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 08h00 às 20h00

8



Recursos Comunitários

• **Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourol/Entroncamento** – tem como missão:

- apoio domiciliário e comunitário: a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física, funcional ou doença.

Rua Dr. Miguel Bombarda, 2330 – 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 729 015

E-mail: ucc.entroncamento@ansivt.min-saude.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 08h00 às 20h00



9



Recursos Comunitários

• **Hospital S. João Baptista – Santa Casa da Misericórdia** – tem como missão:

- a prestação de cuidados de saúde;
- acolhimento coletivo de idosos, melhorando a qualidade de vida da população.

Rua da Misericórdia

2334 – 909 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 140



10



Recursos Comunitários

Justiça e Segurança

- **Tribunal Judicial do Entroncamento** – tem como missão:

- prestar Serviços do Ministério Público.

Avenida Drº José Eduardo Vítor das Neves

2330 – 063 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 230

Email: entronc.judicial@tribunais.org.pt



11



Recursos Comunitários

- **Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Entroncamento** - tem como várias missões:

- socorro às populações em caso de incêndios;
- inundações e desabamentos;
- acidentes, catástrofes;
- transporte de sinistrados
- doentes, incluindo a urgência pré-hospitalar e outros acidentes domésticos.

Rua Brigadeiro Lino Dias Valente, nº 16

2330 – 103 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 711 403

E-mail: secretariabve@mail.telepac.pt



12



Recursos Comunitários

• **Polícia de Segurança Pública** - tem como missão:

- garantir a segurança das pessoas e dos seus bens;
- prestar ajuda às populações, socorro aos sinistrados,
- apoiar grupos de risco;
- prevenir a criminalidade organizada e o terrorismo e garantir a manutenção da ordem, segurança e tranquilidade pública.

Rua 5 de Outubro, nº 52/54
2330 – 094 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 720 420



13



Recursos Comunitários

• **Serviço Municipal de Proteção Civil do Entroncamento** - tem como missão:

- prevenir os riscos coletivos;
- ocorrência de acidente grave ou catástrofe.

Rua Afonso de Albuquerque – Oficinas Municipais
2330 – 97 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 716 600
E-mail: prot.civil@cm-entroncamento.pt



14



Recursos Comunitários

Instituições de Apoio a Idosos

• **Lar Santa Casa da Misericórdia LSCM** - tem como missão:

- contribuir para o bem-estar dos idosos.

- Dispõem:
 - centro de Dia;
 - internamento;
 - serviço de apoio domiciliário.



Rua Maria Serrano, nº 13/15
2330 – 281 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 729 220
E-mail: larsantacasa@scment.pt



15



Recursos Comunitários

• **Lar Fernando Eiró Gomes** - tem como missão:

- desenvolver atividades diárias em grupo e individuais, para diminuir/evitar o isolamento;

- Internamento.

- Dispõem:
 - serviços complementares :
 - Ginástica;
 - Psicologia;
 - Terapia da Fala.



Rua Fernando Eiró, nº 5
2330 – 023 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 726 266
E-mail: lar.eiral@scment.pt



16



Recursos Comunitários

• **Associação dos Lares Ferroviários** - tem como missão:

- promover o bem-estar dos ferroviários e/ou seus familiares.
- Dispõem:
 - internamento;
 - centro dia;
 - Serviço de apoio domiciliário.



Rua dos Ferroviários
2330 – 144 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 719 428
E-mail: sec.ent@alfer.pt



17



Recursos Comunitários

• **CERE (centro de ensino e recuperação do Entroncamento)** - tem como missão:

- contribuir para o bem-estar da comunidade.
- Dispõem:
 - centro de atividades ocupacionais;
 - lar residencial;
 - serviço de apoio domiciliário.



Rua Gustave Eiffel, nº 18
2330 – 163 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 717 522
Email: cere_unia@hotmail.com

18



Recursos Comunitários

• **Centro de Convívio da 3ª Idade** - tem como missão:

-proporcionar aos seus utentes, um ambiente salutar através de atividades de convívio, leitura, espetáculos e atividades que contribuam para o bem-estar e o seu nível de participação cultural e social.



Rua Braden Powell,
2330 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 400

E-mail: ssociais@cm-entroncamento.pt

Horário de Funcionamento: 2ª a 6ª das 13h00 às 17h30



19



Recursos Comunitários

• **Universidade Sénior** - tem como missão:

- promoção de atividades educacionais/culturais;

- promover o envelhecimento activo:

- defender, representar e dinamizar as Universidades Seniores ,
- incentivar a participação social dos mais idosos.

**UNIVERSIDADE SENIOR
DO ENTRONCAMENTO**

Rua Prof. José Francisco Corujo

2330 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 096 214

E-mail: univ.senior.entroncamento@gmail.com



20



Recursos Comunitários

Recursos Comunitários

Voluntariado

• **Banco Local do Voluntariado do Entroncamento** - tem como missão:

- promoção do voluntariado através:
 - realização de atividades de âmbito cultural,
 - animação das relações interpessoais
 - promoção de hábitos e estilos de vida saudável.

Rua 5 de Outubro, nº 96-A - Apartado 33

2334 – 909 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 728 338 /933 150 002

E-mail: voluntariado.entroncamento@gmail.com

Horário de Funcionamento: 2ª, 3ª, 5ª e 6ª das 10h às 12h e das 15h às 17h



21



Recursos Comunitários

Recursos Comunitários

Grupo Caritativo

• **Cáritas** - tem como missão:

- construir respostas sociais para a integração social e promoção dos direitos das famílias/indivíduos.

- Dispõem:

- apoio alimentar;
- apoio social.

Rua da Esperança, nº 3 R/Chão,

2334 – 111 ENTRONCAMENTO

E-mail: caritasentroncamento@sapo.pt

Horário de Funcionamento: 3ª a 5ª feiras das 15h às 17h



22

Recursos Comunitários

Folheto

Recursos Comunitários - População Adulta / Idosa



<p>Associação de Apoio à Família e à Comunidade Associação de Apoio à Família e à Comunidade Rua da Liberdade, 100 1200-080 Lisboa Tel: 213 631 100 www.aafcm.org</p>	<p>Associação de Apoio à Família e à Comunidade Associação de Apoio à Família e à Comunidade Rua da Liberdade, 100 1200-080 Lisboa Tel: 213 631 100 www.aafcm.org</p>	<p>Associação de Apoio à Família e à Comunidade Associação de Apoio à Família e à Comunidade Rua da Liberdade, 100 1200-080 Lisboa Tel: 213 631 100 www.aafcm.org</p>	<p>Associação de Apoio à Família e à Comunidade Associação de Apoio à Família e à Comunidade Rua da Liberdade, 100 1200-080 Lisboa Tel: 213 631 100 www.aafcm.org</p>
--	--	--	--



Associação de Apoio à Família e à Comunidade
Associação de Apoio à Família e à Comunidade
Rua da Liberdade, 100
1200-080 Lisboa
Tel: 213 631 100
www.aafcm.org





OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO

24



COLABORAÇÃO

- UCCE (Unidade Cuidados Continuados do Entroncamento) – Equipa de Enfermagem – Enfermeira com mestrado e especialista em Enfermagem Comunitária: Ana Cristina Gonçalves
- Recursos Sociais da Comunidade e seus Parceiros

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Instituto da Segurança Social (2018). *Guia prático Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/idosos>

Instituto da Segurança Social (2018). *Guia prático Apoios Sociais – Pessoas Idosas*. Acedido em 20 de maio de 2019 em: <https://www.cartasocial.pt/conceitos.pdf>

- **Lar Santa Casa da Misericórdia LSCM:**
centro de dia, internamento e Apoio Domiciliário.

Rua Maria Serrano, nº 13/15,
2330-281 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 729 220
E-mail: larsantacasa@scment.pt



- **Lar Fernando Eiró Gomes:** internamento.

Rua Fernando Eiró nº 5,
2330-023 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 726 266
E-mail: lar-geral@scment.pt



- **Associação dos lares dos Ferroviários:** internamento, centro dia e serviço de apoio domiciliário.

Rua dos Ferroviários,
2330-144 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 719 428
E-mail: sec.ent@alfer.pt



- **Universidade Sénior:** promoção de atividades educacionais/Culturais

Rua Professor José Francisco Carujo
2330 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 096 214
E-mail: univ.senior.entroncamento@gmail.com



- **CERE (centro de ensino e recuperação do Entroncamento):** centro de atividades ocupacionais, lar residencial e serviço de apoio domiciliário.

Rua Gustave Eiffel, nº 18
2330-163 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 717 522
E-mail: cere_unia@hotmail.com



- **Banco Local do Voluntariado:** promoção do voluntariado

Rua 5 de Outubro, nº 96-A -
Apartado 33,
2334-909 ENTRONCAMENTO
Telefone: 249 728 338/933 150 002
Email:voluntariado.entroncamento@gmail.com
Horário: 2ª/3ª/5ª e 6ª das 10h - 12h/ 15h -17h



- **Caritas:** apoio alimentar e social.

Rua Conselheiro Albino dos Reis, nº
3-R/chão
2330-111 ENTRONCAMENTO
Email:caritasentroncamento@sapo.pt
Horário: 3ª a 5ª das 15h às 17h.



- **Junta Freguesia São João Baptista:**

Largo José Duarte Coelho, nº8
2330-078 ENTRONCAMENTO
Telef: 249 720 170
Email:jf.joaobaptista@gmail.com
Horário: 2ª a 6ª - 9h - 13h/13h30m - 17h30m



- **Junta Freguesia N. Sra de Fátima:**

Rua Drº Francisco Mendes de Brito, nº 5
2330-223 ENTRONCAMENTO
Telef. 249726 036
Email:geral@jfnfatima.pt
Horário: 2ª a 6ª - 9h - 12h30m/14h - 17h



Elaborado por: Anabela Santos
Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola
Superior de Saúde do Santarém

Bibliografia: Instituto da Legitação Social (I.L.S.); Guia do Livro Aperto Social -
Projetos de Apoio Social (I.L.S.)

UCC Alentejo/Entroncamento
Morada : Rua Dr. Miguel Bombarda
Codigo postal : 2330-017 ENTRONCAMENTO
Telefone UCC: 249 729 015
Email: ucc.entroncamento@uacc.pt info-uacc@pt



Recursos Comunitários População Adulta/ Idosa



O que são Recursos Comunitários?

São respostas e serviços de Apoio comunitário, através de equipamentos adequados, em função das necessidades e do grau de autonomia dos utentes.

Objetivos?

Promover o apoio aos utentes de forma a privilegiar a manutenção no seu meio familiar e social.

Serviços e Entidades de Apoio ao Conselho do Entroncamento:

- **Câmara Municipal—Serviço de Apoio Social e Psicológico** : *apoio social e psicológico*.

Rua da Junta de Freguesia nº 1, 2º

2330 – 114 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 400

Email: ssociais@cmcentroncamento.pt

Horário: 2ª a 6ª das 8h30 às 16h30m



- **Centro de Convívio da 3ª Idade: atividades de convívio.**

Rua Baden Powell

2330 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 400

E-mail: ssociais@cmcentroncamento.pt

Horário: 2ª e 6ª das 13h às 17h30m



- **Instituto de Segurança Social, IP: presta serviço social à comunidade.**

Rua Dr. Francisco Mendes de Brito,

2330 – 223 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 725 995

Horário : 2ª a 6ª das 09h às 16h



- **Tribunal Judicial do Entroncamento:**

presta serviços da ministério Pública,

Avenida Dr José Eduardo Vitor das Neves

2330 – 063 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 230



- **Polícia de Segurança Pública: garantir a segurança das pessoas e dos bens da população.**

Rua 5 de Outubro, nº 52/54,

2330 - 094 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 420



- **Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários do Entroncamento: socorro às populações.**

Rua Brigadeiro Lino Dias Valente, nº 16

2330 – 103 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 711 403

E-mail: secretariabve@mail.telepac.pt



- **Serviço Municipal de Proteção Civil: ajuda em caso de acidente ou catástrofe.**

Rua Afonso de Albuquerque

Oficinas Municipais,

2330—097 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 716 600

E-mail: prot.civil@cmcentroncamento.pt



- **Unidade de Saúde Familiar Locomotiva: prestação de cuidados de saúde personalizadas.**

Rua Dr. Miguel Bombarda,

2330 - 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249729010

Email: ust.locomotiva.coord@arsivt.min-saude.pt

Horário: 2ª a 6ª das 8h às 20h



- **Unidade de Cuidados na Comunidade de Almourol/Entroncamento: prestação de cuidados de saúde à pessoa/família/grupos e comunidade.**

Rua Dr. Miguel Bombarda,

2330 - 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 729 015



E-mail: ucc.entroncamento@arsivt.min-saude.pt

Horário: 2ª a 6ª das 8h às 20h. Sábado, Domingo e Feriados atendimento programado das 9h às

17h

- **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Entroncamento: prestação de cuidados de saúde personalizadas.**

Rua Dr. Miguel Bombarda,

2330 - 017 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249719 650



E-mail: csentroncamento.arsantarem.min-saude.pt

Horário: 2ª a 6ª das 8h às 20h.

- **Hospital S. João Baptista – Santa Casa da Misericórdia: prestação de cuidados de saúde.**

Rua da Misericórdia,

2334 – 909 ENTRONCAMENTO

Telefone: 249 720 140



Recursos Comunitários para todos



Elaborado por: Anabela Santos

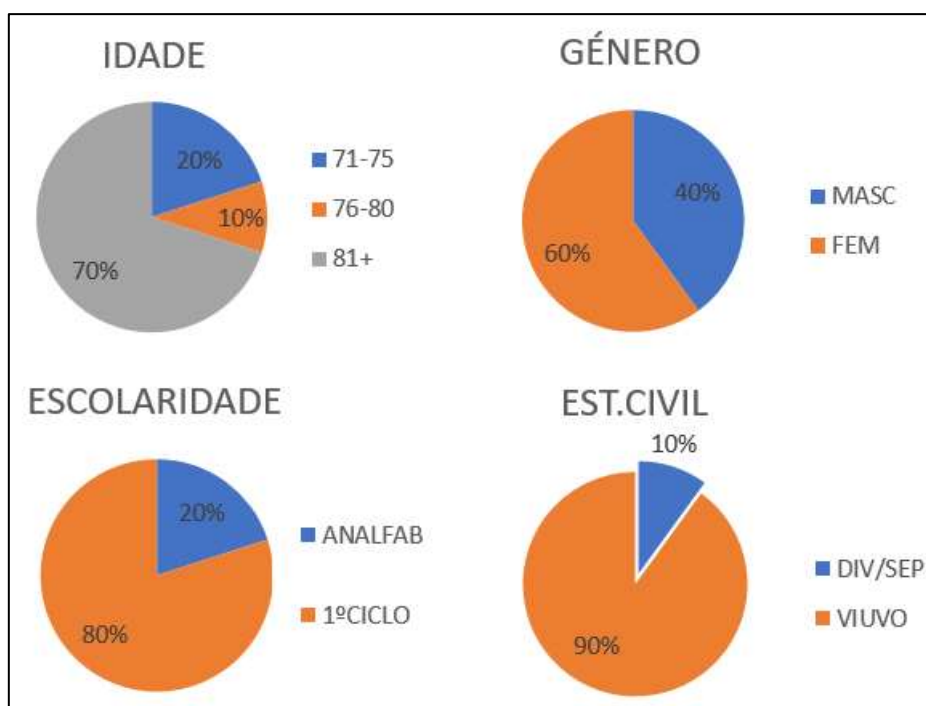
Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

ANEXO XX - Tabelas e gráficos para caracterização da amostra

Tabela – Caracterização da amostra da sessão dos Recursos Comunitários

Caracterização da amostra da sessão dos recursos da comunidade						
IDOSOS	IDADE	GÉNERO	EST.CIVIL	ESCOLARIDE	SIT.LAB	C/QUEM VIVE
1	71-75	MASC	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
2	81+	FEM	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
3	71-75	FEM	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
4	81+	FEM	DIV/SEP	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
5	81+	FEM	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
6	81+	FEM	VIUVO	ANALFAB	REF/PENS	SOZINHO
7	81+	FEM	VIUVO	ANALFAB	REF/PENS	SOZINHO
8	81+	MASC	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
9	76-80	MASC	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO
10	81+	MASC	VIUVO	1ºCICLO	REF/PENS	SOZINHO

Gráficos – Caracterização da amostra da sessão dos Recursos Comunitários



ANEXO XXI

Tabelas de conhecimentos iniciais e finais das sessões dos anexos anteriores

Tabela: Conhecimentos iniciais e finais para a sessão do isolamento social.

Questões	%	
	Inicial	Final
1 Alguma vez ouviu falar sobre isolamento social?	43	100
2 Sabe quais são as causas que conduzem ao isolamento social?		100
3 Sabe quais as consequências do isolamento social?		100
4 Sabe como combater o isolamento social?		100
5 Sente-se sozinho?	86	100

Tabela: Conhecimentos iniciais e finais para a sessão da solidão.

Questões	Valor Absoluto		%	
	Inicial	Final	Inicial	Final
Alguma vez ouviu falar de solidão?	9	9	100	100
Sabe quais são as causas da solidão?	0	9	0	100
Sabe quais as consequências da solidão?	0	9	0	100
Sabe como combater a solidão?	0	9	0	100
Sente-se sozinho?	9	9	100	100

Tabela: Conhecimentos iniciais e finais para a sessão dos recursos comunitários

Questões	Valor Absoluto	Valor Absoluto	%	%
	Início	Final	Início	Final
1 Alguma vez ouviu falar de recursos comunitários?	1	10	10	100
2 Sabe o que são recursos comunitários?	1	10	10	100
3 Sabe onde pode encontrar informação sobre estes recursos comunitários?	0	10	0	100
4 Já alguma vez utilizou estes recursos comunitários?	0	10	0	100
5 Acha que se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia mais seguro?	1	10	10	100
6 Acha que se tivesse informação de todos os recursos comunitários, sentir-se-ia menos isolado?	1	10	10	100

ANEXO XXII - Tabela de avaliação do formador durante as sessões

Sessão sobre Isolamento Social/Solidão/Recursos Comunitários

Avaliação do Formador

- 1- Muito insatisfeito
- 2- Insatisfeito
- 3- Sem Opinião
- 4- Satisfeito
- 5- Muito satisfeito

Motivou a participação do grupo?

	1	2	3	4	5
IDOSO 1					X
IDOSO 2					X
IDOSO 3					X
IDOSO 4					X
IDOSO 5					X
IDOSO 6					X
IDOSO 7					X

Despertou interesse?

	1	2	3	4	5
IDOSO 1					X
IDOSO 2					X
IDOSO 3					X
IDOSO 4					X
IDOSO 5					X
IDOSO 6					X
IDOSO 7					X

Expressou-se com clareza?

	1	2	3	4	5
IDOSO 1					X
IDOSO 2					X
IDOSO 3					X
IDOSO 4					X
IDOSO 5					X
IDOSO 6					X
IDOSO 7					X

Prestou os esclarecimentos solicitados de forma objetiva?

	1	2	3	4	5
IDOSO 1					X
IDOSO 2					X
IDOSO 3					X
IDOSO 4					X
IDOSO 5					X
IDOSO 6					X
IDOSO 7					X

Estabeleceu boa relação com o grupo?

	1	2	3	4	5
IDOSO 1					X
IDOSO 2					X
IDOSO 3					X
IDOSO 4					X
IDOSO 5					X
IDOSO 6					X
IDOSO 7					X

ANEXO XXIII - Apresentação em PowerPoint do seminário intercalar e final



Promover as relações sociais entre os idosos para uma melhor qualidade de vida



Santarém, 3 de maio de 2019

Autora:

Anabela Santos

Orientadora:

Professora Doutora

Maria do Carmo Figueiredo

Enfermeira Cooperante:

Ana Cristina Gonçalves

OBJETIVOS GERAIS:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar áreas de atuação para a implementação de um projeto de intervenção individual, considerando o diagnóstico de enfermagem elaborado;
- Elaborar um projeto de intervenção individual considerando o diagnóstico de enfermagem comunitária;
- Divulgar aos parceiros locais sobre as principais problemas de saúde e recursos comunitários dos idosos do concelho do Entroncamento;
- Realizar a scoping review de acordo com a problemática definida;
- Divulgar o projeto de intervenção à comunidade;
- Implementar o projeto de intervenção;
- Avaliar a eficácia e eficiência do projeto de intervenção;
- Participar nos programas e projetos desenvolvidos na UCCE;
- Refletir de forma crítica as atividades e estratégias de intervenção com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

3




UCC ENTRONCAMENTO

4

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- Isolamento social em grau elevado (100%);
- Solidão em grau moderado (43,8%).



- **População Alvo:** 16 idosos que vivem sós

PROJETO DE INTERVENÇÃO

- O projeto de intervenção comunitária tem como tema *"Promover as relações sociais entre os idosos para uma melhor qualidade de vida"* e pretende diminuir ou mitigar o isolamento social e a solidão, com base em estratégias de intervenção assentes na proximidade entre o os indivíduos visados e os profissionais, que trabalham no UCCE.

Análise dos questionários de avaliação funcional multidimensional para idosos

Área de Intervenção Individual

5

ISOLAMENTO SOCIAL

- O isolamento social é uma situação de falta de ligações humanas, que pode ocorrer na Comunidade, no local de trabalho, a nível cultural, entre entes queridos, estando igualmente associado às alterações familiares (Lubkin e Larsen, 2006).

SOLIDÃO

- A solidão provoca sentimentos de tristeza, ansiedade e medo, desenvolvendo-se em conjunto com a sensação de perda da independência do idoso. A solidão pode ser vivida em todas as idades, porém tem-se propagado como um grande problema nos idosos com mais de 65 anos de idade (Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar 2010).



6

ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

- A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária é centrada na comunidade. Este participa numa avaliação multicausal, na tomada de decisões face aos problemas de saúde e desenvolve programas e projetos de intervenção na comunidade com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. (OE, 2010)

7

ATIVIDADES JÁ DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO

- Apresentação do projeto aos parceiros da UCC do Entroncamento;
- Participação no programa espaço saúde/rádio – para a divulgação do artigo a Rádio Voz Entroncamento com o título:
“Venha Caminhar Conosco – Programa REVIVER”
- Realização da caminhada no dia 9 de abril de 2019;
- Entrega do folheto sobre:
“Isolamento Social e Atividade Física”
- Realização de um artigo para o Jornal do Entroncamento:
“Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!”
- Participação nos programas e projetos da UCCE com a enfermeira cooperante.
- Realização de um Poster sobre Isolamento social e Solidão;



8

ATIVIDADES JÁ DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO

Poster sobre Isolamento social e Solidão



The poster is titled "Isolamento Social" and "Solidão". It features two images: a pair of hands clasped together and a plate of food. The text defines social isolation as a situation of lack of regular contact with the community and loneliness as a feeling of being alone. It also provides tips on how to prevent social isolation and loneliness in the elderly, such as staying active, seeking help, and maintaining social connections.

Isolamento Social
Isolamento social é uma situação de falta de regular interação, que pode ocorrer na comunidade, em locais de trabalho, e em contextos sociais, sendo geralmente associado às alterações fisiológicas (Lubitz e Lorenz, 2002).

Solidão
A solidão provoca sentimentos de tristeza, angústia e ansiedade, decorrendo de um conjunto com a sensação de perda de interatividade do idoso. A solidão pode ser evitada em todos os idades, porém não se pode falar em um grande fagocito nos idosos (Silva, Paulo, 2012 & Universidade UNESP).

Como Prevenir o Isolamento Social e a Solidão nos Idosos?

- **Procure fazer novas amizades**—cultivar pessoas e fazer novas amizades é uma excelente forma de combater o isolamento social e a solidão, promovendo o relaxamento e a saúde.
- **Fique voluntariado**—ter um voluntário por uma causa, dá um sentido, dá forças e oferece companhia através de outras pessoas isoladas. Estes indivíduos trazem benefícios também para a sua saúde.
- **Trabalhe nos seus interesses**—seja ativo de tudo é uma excelente forma para a saúde e também para estabelecer conexões e melhorar a qualidade de vida.

9

ATIVIDADES EM DESENVOLVIMENTO NO DECORRER DO ESTÁGIO

- Scoping Review:
 - **Review Title:** *Intervenções de Enfermagem na prevenção do Isolamento Social nos idosos*
 - **Questão:** *Quais as intervenções de enfermagem na prevenção do Isolamento social nos idosos?*
 - **Key word (Mesh Descriptors):** *Nurs* (Mesh), Social Isolation (Mesh), Aging (Mesh).*
 - **Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção do isolamento social nos idosos.
 - **Critérios de Inclusão:**
 - Idosos com idade igual ou superior a 65 anos;
 - Todos tipos de estudos realizados entre 2014 – junho de 2019.
 - **Critérios de Exclusão:**
 - Idosos com idade inferior a 65 anos;
 - Revisões sistemáticas da literatura.

10

ATIVIDADES EM DESENVOLVIMENTO NO DECORRER DO ESTÁGIO

- Preparação das Sessões de Educação para saúde:

- *Isolamento Social*
- *Solidão*
- *Recursos Comunitários*



- *Plano de sessão;*
- *Fichas de avaliação de conhecimento;*
- *Apresentação em powerpoint;*
- *Folheto da sessão;*
- *Questionário de Avaliação Final.*

- Apresentação das Sessões de Educação para saúde e as respetivas datas:

- *Isolamento Social* – a realizar dia 8 de maio de 2019;
- *Solidão* – a realizar dia 22 de maio de 2019;
- *Recursos Comunitários* - a realizar dia 24 de maio de 2019.

META A ATINGIR COM O MEU PROJETO DE ESTÁGIO

- Espero conseguir ajudar de maneira construtiva para a capacitação da população idosa da comunidade e a nível mais abrangente, da comunidade em geral.
- Desejo igualmente, que este meu projeto se concretize numa nova etapa na comunidade idosa da UCC do Entroncamento, não apenas num estudo, mas num novo percurso que se traduza numa vida mais longa e de melhor qualidade.



Cativando e inserindo os idosos nas atividades a desenvolver ao longo do estágio.



13

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). *Upstream thinking and Health promotion planning for older adults at risk of social isolation*. *International Journal of Older People Nursing*, 282-288.

Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa.
Disponível em: http://www.crepn.pt/np4/np4/?newslid=13348&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

14

Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária Promover as relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida



Santarém, 19 de junho de 2019

Autora:

Anabela Santos

Orientadora:

Professora Doutora

Maria do Carmo Figueiredo

Enfermeira Cooperante:

Ana Cristina Gonçalves

OBJETIVOS GERAIS DO ESTÁGIO:

- Adquirir Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DO ESTÁGIO:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar

OBJETIVOS GERAIS DO SEMINÁRIO:

- Apresentar sumariamente o trabalho desenvolvido durante o estágio, tendo por base o projeto individual;
- Refletir sobre as competências construídas nos diversos contextos da prática;
- Perspetivar a continuidade Institucional do desenvolvimento do projeto iniciados e/ou assumidos através da realização do estágio, nos diversos contextos.



PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária tem como tema *"Promover as relações sociais entre os idosos para uma melhor qualidade de vida"* e pretende diminuir ou mitigar o isolamento social e a solidão, com base em estratégias de intervenção assentes na proximidade entre os indivíduos visados e os profissionais, que trabalham no UCCE.

• Diagnóstico de Enfermagem

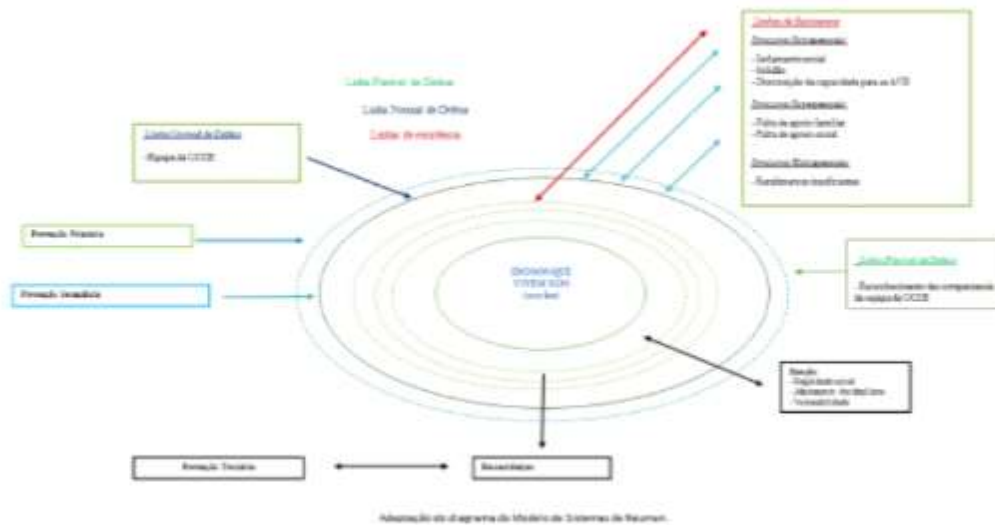
- Isolamento social em grau elevado (100%);
- Solidão em grau moderado (43,8%).



Área de Intervenção Individual

População Alvo: 16 idosos que vivem sós

• Diagnóstico de Enfermagem Comunitária segundo o Modelo Teórico de Betty Neuman



5

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Segundo Amendoeira 2018, citando Arksey e O'Malley (2005) as *scoping reviews* podem ser usadas para esquematizar os principais conceitos inerentes a uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de uma temática.

• **Scoping review:**

- **Título:** *Intervenções de Enfermagem na prevenção do Isolamento Social nos idosos*
- **Questão:** *Quais as intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos?*
- **Objetivo:** Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção do isolamento social nos idosos.

6

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

SEARCH STRATEGY

Search Strategy	Expressão pesquisa Booleano com a conjunção and - Nurs* and Social Isolation and Aging					
Bases de Dados	Plataforma Ebico				Proquest	Pubmed
	CINHAL	MEDLINE	NURSING & ALLIED HEALTH COLLECTION	MEDICLATINA		
Critérios de Inclusão			Critérios de Exclusão			
Idosos com idade igual ou superior a 65 anos			Pessoas com idade inferior a 65 anos			
Todos tipos de estudos realizados entre 2014 – junho de 2015			Revisões sistemáticas da literatura			
Número de artigo - 1 (ano 2018)			Método de Investigação - Quantitativo			
"Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model." (Schorr e Khalaila, 2018) "Envelher no seu ambiente familiar e qualidade de vida dos idosos na Europa: Um modelo de mediação moderada"						

• Contributos da Scoping review:

- O acesso aos serviços e locais é um fator importante para uma melhor qualidade de vida e que determina outros aspetos do envelhecimento no seu ambiente familiar (sentimentos de solidão, ligação ao ambiente onde está inserido), que por sua vez, estão associados á qualidade de vida nos idosos (Schorr e Khalaila, 2018).
- A possibilidade dos idosos terem a capacidade de poder sair de suas casas e inclusivamente poderem participar em atividades de âmbito social tem um grande impacto na sua qualidade de vida, saúde, felicidade e inclusivamente nos seus níveis de solidão (Schorr e Khalaila, 2018)
- O individuo tem a oportunidade de envelhecer sentindo-se como parte integrante do local que sempre foi o seu ambiente familiar e ainda a ter a vantagem de se sentir ativo. Além disso, os resultados mostram que a incapacidade funcional do idoso e o seu estado civil pode aligeirar estas associações (Schorr e Khalaila, 2018).



EXECUÇÃO DO PROJETO

- Apresentação do projeto aos parceiros da UCC do Entroncamento;
- Participação no programa espaço saúde/rádio – para a divulgação do artigo a Rádio Voz Entroncamento com o título:

"Venha Caminhar Conosco – Programa REVIVER"



- Realização da caminhada no dia 9 de abril de 2019;
- Entrega do folheto sobre:

"Isolamento Social e Atividade Física"



- Realização de um artigo para o Jornal do Entroncamento:

"Dê mais anos à sua vida e mais vida aos seus anos!"



- Participação nos programas e projetos da UCCE com a enfermeira cooperante.

9

EXECUÇÃO DO PROJETO

- Realização das Sessões de Educação para saúde:
(Apresentação em powerpoint)

- ***Isolamento Social*** (8 de maio de 2019)
- ***Solidão*** (22 de maio de 2019);
- ***Recursos Comunitários*** (28 de maio de 2019).



- Folhetos das Sessões



- Posters de divulgações das Sessões de Educação para saúde:

10

- Fichas de avaliação de conhecimento (iniciais e finais)



- Questionário de Avaliação Final do formador



- Realização de um Poster sobre Isolamento social e Solidão

- Oferta de Imans alusivos à temática de cada sessão



AVALIAÇÃO DO PROJETO

Indicadores de Atividade
Meta 80%

- Atividades Programadas e Realizadas (100%)
- Taxa de Concretização dos Objetivos (100%)
- Taxa de Desempenho do Formador de "muito Satisfeito" em todas as Sessões (100%)
- Taxa de Distribuição de Folhetos nas Sessões (100%)

Indicadores de Resultado
Meta 70%

- Taxa de Conhecimentos Adquiridos foi:
 - Sessão Isolamento Social: 100%
 - Sessão da Solidão: 100%
 - Sessão dos Recursos Comunitários: 100%

Indicadores de Resultado
Meta 50%

- Taxa de Melhoria das Classificações dos Conhecimentos Adquiridos:
 - Sessão Isolamento Social: 76,7%
 - Sessão da Solidão: 60%
 - Sessão dos Recursos Comunitários: 93,4%

OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

“Pontenciar a nossa identidade e fazer dela o centro do desenvolvimento de praticas que tenham na comunidade,...., e nos mais vulneráveis ou seu alvo preferencial, resgatando as dimensões do saber, sentir e do fazer criativo da Enfermagem Comunitária ligadas a defesa do bem comm e à promoção da dignidade humana.”

Ana Paula Gato



Atividades Desenvolvidas na UCCE

Programa Nacional de Saúde Escolar

Comissão de Proteção de Crianças e Jovens - CPCJ

Programa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Espaço saúde

Promoção das relações sociais entre os idosos para melhor qualidade de vida

Metas alcançadas

- Capacitação da população idosa da comunidade e a nível mais abrangente, da comunidade em geral.
- Concretização de uma nova etapa na comunidade idosa da UCC do Entroncamento num novo percurso traduzido numa vida mais longa e de melhor qualidade.
- Inserção dos idosos nas atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Competências adquiridas

- G1.1- “Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2018).
- G1.2- “Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade” (RCEEEECSP, 2018).
- G1.3- “Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.” (RCEEEECSP, 2018).
- G1.4- “Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (RCEEEECSP, 2018).
- G1.5- “Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.” (RCEEEECSP, 2018).
- G2.1- “Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”;
- G2.3- “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade” (RCEEEECSP, 2018).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diário da República (2005). Constituição da República Portuguesa: Sétima Revisão Constitucional – 2005. Diário da República nº 155. I – A Série. 12 de agosto de 2005. Assembleia da República, Lisboa.
- Duiz, C. Richard, M. e Roberts, C. (2007). Contemporary issues facing aging Americans: implications for rehabilitation and mental health counseling. *Journal of Rehabilitation*, 69 (2), pp. 5-12.
- Fernandes, L., Bento, A. e Barros, A. (2009). Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*, 43 (4), pp. 595-603.
- Figueiredo, M. (2017). Promoção da saúde nos serviços de enfermagem: conhecimento dos profissionais e atitudes atribuídas pelos estudantes. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10468/14284/1/171331_FIGUEIREDO_Maria%20da%20Assis%20Pereira.pdf
- Furtado, A., Salgado, M., Fernandes, A. (2019). A Sazonalidade das más idades (>75 anos): avulsões, perfis e oportunidades de um grupo heterogêneo. pp. 91-107.
- Forte, M. (1999). O processo de investigação: da conceptualização à realização. Loures: Lusociência.
- Freire, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. 3ª Edição. Lisboa: Editora.
- Gastrel, B. (2001). *Investigação Social: da problemática à análise de dados*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Gillett, A. e Pereira, A. (2006). A importância da comunicação na socialização dos idosos.
- Ineparedes, Z. e Graças, M. (1987). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª Edição. Lisboa: ENSP.
- INEC. (1999). *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos. 83. Portugal: Lisboa.
- Libicki, J. e Bido, F. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu.
- Lopes, R., Lopes, M. e Cárrega, V. (2008). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 8 (2), pp. 372 - 381.
- Naldini, N. (2001). *Resposta de marketing*. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman.
- Nascimento, H.L.H. (2007). *Abrangem Comunicativa do Planejamento Estratégico situacional no nível local: Saúde e equidade na Venezuela*. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.
- Natta, F. (2001). *Pesquisa de marketing*. 3ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Nezotto, A. e Graybosch, O. (2011). Análise de conteúdo com Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC, Brasil*, 4 (3), pp. 701-747.

