



Instituto Politécnico de Santarém

Escola Superior de Saúde de Santarém

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NO ÂMBITO DO VOLUNTARIADO PARA O IDOSO – UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na
Especialidade de Enfermagem Comunitária

Filipa Alexandra Batista Inácio
Carvalho do Nascimento

Orientadora

Mestre
Maria Carmo Figueiredo

Setembro de 2013

AGRADECIMENTOS

Nesta caminhada nunca estive só e ela deu frutos pela força e apoio de quem se fez sempre presente, a todos quero agradecer:

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família em especial à minha mãe, que sempre com um sorriso no rosto e com a sua serenidade característica me fez acreditar que conseguia alcançar os meus objetivos. Muito obrigado, por seres quem és e por estares presente na minha vida. Ao meu irmão e cunhada, aos meus tios em especial à minha Tia Rosinda, que fizeram parte desta caminhada.

À enfermeira Ana Luísa Espírito Santo e ao Enfermeiro Ricardo Abrantes pelos seus conhecimentos e disponibilidade, ao longo deste processo de aprendizagem. À enfermeira Júlia Maia pelo suporte principalmente nos momentos menos bons.

Aos colegas e amigos em especial: Elisabete Almeida; Patrícia Santos e Sónia Correia por todo o suporte e compreensão com que me acalentaram nesta caminhada. Bem-haja!

À colega de mestrado e grande amiga Catarina Ângelo pela amizade, partilha e disponibilidade. Uma amiga para a vida, obrigado!

A todos que pela sua presença me dão sentido para a vida e me impulsionam para que consiga prosseguir nos momentos mais difíceis, em especial aos meus sobrinhos e afilhada Joana Inácio.

À comunidade que abraçou comigo este projeto em especial ao grupo de voluntárias e aos elementos que constituem a equipa da Secção de Programas Especiais da GNR Núcleo Idoso em Segurança.

ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^{os} – Enfermeiros

N.^o - Número

Prof. - Professor

Prof.^a – Professora

Kms – Quilómetros

Km²- Quilómetros quadrados

Vol. - Volume

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

CMTV – Câmara Municipal de Torres Vedras

CHTV- Centro Hospitalar de Torres Vedras

CSTV – Centro de Saúde de Torres vedras

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

IGFSE – Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PI[C]O – População, Intervenção, Comparação, Outcomes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico, na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde, para as quais é urgente organizar respostas mais adequadas. (PNSPI, 2004). Estas novas necessidades na saúde do indivíduo e da comunidade são um desafio para a enfermagem comunitária.

Através do diagnóstico de enfermagem da comunidade foi delineado e implementado um Projeto de Voluntariado para o Idoso na Freguesia do Ramalhal. Foram planeadas intervenções de enfermagem na comunidade baseadas no Modelo Sistémico de Betty Neuman. Pretendeu-se desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, recorreu-se à RSL, formulou-se a pergunta PICO: "Que intervenções de enfermagem (I) respondem às necessidades (O) da pessoa idosa com solidão (P)?"

Através da promoção da participação comunitária o projeto incluiu oito voluntários e envolveu a GNR e a IPSS como parceiros. Desta forma maximizou-se a potencialidade da eficácia deste projeto na comunidade, que abrangeu onze pessoas idosas em Centro de Dia e doze no Domicílio. Através das parcerias envolvidas aumentou-se a capacidade de resposta às necessidades (saúde, social e segurança) da pessoa idosa.

Foi aplicada a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989), onde se verificou maior score de solidão nas pessoas que se encontravam no domicílio. Baseados nos estudos da RSL a solidão é um dos indicadores de bem-estar social e psicológico passível de ser avaliado.

Contributo do estudo para a prática de enfermagem: promover a participação comunitária envolvendo a comunidade e reforçando ou criando parcerias melhora a nossa eficácia individual e comunitária no sentido de promover o bem-estar/saúde; é possível dar resposta às novas necessidades que emergem da comunidade utilizando instrumentos de avaliação de forma a avaliarmos os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeira; Necessidades; Idoso e Solidão

ABSTRACT

The aging population, changes in the epidemiological pattern, structure and social behaviors and family of Portuguese society, determine new needs in health, for which it is urgent to organize more adequate answers. (PNSPI, 2004). These new health needs of the individual and the community are a challenge for community nursing.

Through nursing diagnosis community was designed and implemented a Project Volunteer for the Elderly in the parish of Ramalhal. Were planned nursing interventions in the community based on Betty Neuman Systems Model. It was intended to develop skills in evidence-based practice, appealed to the RSL, the question was formulated PI [C] O: "What nursing interventions (I) will meet the needs (O) of the elderly with loneliness (P)?"

Through the promotion of community participation the project included 8 volunteers and involved the National Guard and Social Security as partners. Thus maximized to the potential effectiveness of this project in the community, which comprised eleven elders in the Day Centre and twelve in home. Through partnerships involved was increased the response capacity to the needs (health, social and security) of the elderly.

Was applied to SCALE OF SOLITUDE UCLA (Russell, DW, 1988, English translation by Neto, F., 1989), which showed higher score of loneliness, in people who were at home. Based on studies of RSL loneliness is one of the indicators of social well-being and psychological that can be evaluated.

Contribution of the study for nursing practice: to promote community participation by involving the community and strengthening or creating partnerships improves our effectiveness individual and community to promote the wellbeing/health, it is possible to meet the new needs that emerge from the community using assessment tools in order to evaluate the results sensitive to nursing intervention.

Keywords: Nurse, Needs, Elderly and Loneliness

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 – DA CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA À PRÁTICA	13
2 – OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO	19
2.1 – CONTEXTO DO CAMPO DE ESTÁGIO.....	19
2.2 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	19
2.3 – RESULTADOS.....	26
3 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	34
4 – ANÁLISE REFLEXIVA	38
5 – CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	
ANEXO I – Projeto de estágio.....	52
ANEXO II - Ficha de articulação entre parceiros para sinalização/ referenciação de utentes.....	85
ANEXO III - Escala de solidão da UCLA.....	89
ANEXO IV – Objetivos de reuniões com pessoas/ entidades locais e regionais.....	91
ANEXO V – Folhetos de divulgação do projeto e sensibilização da população para se inscreverem como voluntários.....	93
ANEXO VI – Anúncio no Jornal Badaladas de divulgação do projeto.....	97
ANEXO VII – Documentos de suporte (Folha de inscrição para voluntários; Contrato UCC/ Voluntário; Identificação dos voluntários; Ficha Voluntários/ Utentes; Ficha do utente a preencher pelo voluntário, Folhas de assiduidade às reuniões/ formações).....	99
ANEXO VIII - Cronograma de reuniões e formação para os voluntários- Freguesia do Ramalhal.....	108
ANEXO IX - Questionário Inicial aos voluntários.....	118
ANEXO X- Contrato entre Entidade Organizadora e IPSS.....	121
ANEXO XI – Plano de atividades para as pessoas idosas em Centro de Dia.....	124
ANEXO XII - Ficha do idoso e de sua inscrição/referenciação para o voluntariado.....	131
ANEXO XIII - Ficha individual do utente de Cuidados Continuados UCC – Torres Vedras.....	136
ANEXO XIV - Contrato entre UCC/ Voluntário/ Idoso ou Família.....	140

ANEXO XV – Questionário de avaliação do impacto do projeto aos utentes.....	143
ANEXO XVI – Questionário final incluindo a avaliação do impacto do projeto por parte dos voluntários.....	147
ANEXO XVII – Quadro com pergunta PI[C]O e Palavras chave.....	153
ANEXO XVIII – Palavras-chave e seu cruzamento nas bases de dados científicas.....	155
ANEXO XIX – Critérios de seleção dos artigos científicos para o estudo.....	157
ANEXO XX - Fichas resumo e tradução de artigos selecionados	159

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 -	Indicadores e metas em relação ao grupo de voluntários.....	22
Quadro n.º 2 -	Indicadores e metas para o grupo de pessoas idosas em Centro de Dia.....	23
Quadro n.º 3 -	Indicadores e metas relativas a visitas domiciliárias e encaminhamentos.....	24
Quadro n.º 4 -	Distribuição de utentes pela oferta de serviços do voluntariado.....	25
Quadro n.º 5 -	Indicadores e metas para o grupo de pessoas idosas no domicílio.....	25
Quadro n.º 6 -	Indicadores e metas a avaliar a longo prazo.....	26
Quadro n.º 7 -	Enfermeira responsável pelo projeto- justificação por parte dos voluntários.....	28
Quadro n.º 8 -	Dificuldades/ entraves no decorrer do projeto.....	29
Quadro n.º 9 -	“Ganhos” percecionados pelos voluntários	29
Quadro n.º 10	Escala da solidão aplicada às pessoas idosas no início do projeto.....	30
Quadro n.º 11	Críticas ou sugestões das pessoas idosas de Centro de Dia.....	31
Quadro n.º 12	Pessoas idosas por entidades referenciadoras.....	31
Quadro n.º 13	Pessoas idosas sinalizadas por critérios de fragilidade/referenciação.....	32
Quadro n.º 14	Críticas ou sugestões das pessoas idosas em contexto domiciliário.....	33
Quadro n.º 15	Artigos que resultaram das bases de dados científicas.....	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Expectativas, temática e aplicabilidade da formação- Avaliação dos voluntários.....	27
Gráfico nº 2 – Organização, Instalações, Originalidade, Participação e comunicação na formação – Avaliação dos voluntários.....	28

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na ESSS tem como Finalidade promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem comunitária, através de um processo auto formativo e reflexividade sobre a prática numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida.

Este trabalho faz parte da Unidade Curricular Estágio e Relatório que decorre no 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, tem como objetivos:

- Enquadrar com recurso à metodologia científica a prática clínica baseada na evidência sobre promoção do bem-estar da comunidade através da participação comunitária no âmbito do voluntariado para a pessoa idosa;
- Fundamentar com recurso à revisão sistemática a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança;
- Inventariar os recursos essenciais à ação de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar no sentido de uma enfermagem avançada as competências desenvolvidas e inventariar a sua natureza;
- Avaliar, registar e divulgar a intervenção de enfermagem/ os resultados da ação.

Pretende-se através da reflexão na ação e sobre a ação mobilizar a conceção teórica de referência do conhecimento de enfermagem.

O trabalho realizado releva as orientações da OE (2011) que considera que cada comunidade deverá ter um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde pública e de comunitária que efetue a avaliação do seu estado de saúde, elabore projetos adequados às necessidades detetadas, implemente intervenções e conseqüente monitorização e avaliação tendo como objetivo a sua capacitação.

O estágio decorreu no ACES Oeste Sul CSTV- UCC Torres Vedras Polo Maxial. Após a realização do Diagnóstico de Saúde num primeiro estágio na freguesia do Ramalhal um dos problemas que emergiu deste diagnóstico e posteriormente validado e priorizado em Fórum Comunitário como o terceiro mais sentido foi a “Frac participação comunitária manifestada/ justificada por pouco voluntariado”. Neste Fórum a população referiu que os idosos são os que mais beneficiariam com a resolução deste problema, dando na altura contributos positivos no sentido de se formar um grupo de voluntariado. Assim de forma a dar resposta à necessidade da população era viável, pertinente e necessário a elaboração de um projeto de intervenção de voluntariado para o idoso nesta freguesia.

Recorrendo ao referencial teórico de Betty Neuman chegámos ao Diagnóstico de Enfermagem – **Bem-estar da comunidade comprometido pela fraca participação**

comunitária, manifestada por pouco voluntariado para idosos. No Modelo teórico de Betty Neuman de apreciação da comunidade como cliente, a sua visão sistémica dá diretrizes de modo a dar resposta à comunidade em relação a este problema real e sentido pela mesma através da limitação dos stressores e fortalecimento das linhas de defesa.

Corroborando com OE (2011) o envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos familiares e sociais da sociedade portuguesa, assim como as ameaças emergentes à saúde das comunidades determinam novas necessidades em saúde para as quais é importante estruturar respostas adequadas de qualidade, de forma personalizada e de proximidade, neste sentido foi necessário mobilizar conhecimentos e competências para ir ao encontro desta necessidade da comunidade. O PNSPI (2004) salienta que pensar num envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, múltiplos aspectos são indissociáveis incluindo a promoção dos factores de segurança e a manutenção da participação social; dando também ênfase à importância de redução das incapacidades numa atitude de recuperação precoce adequada às necessidades individuais e familiares, numa responsabilidade partilhada envolvendo a comunidade, potencializando os recursos existentes dinamizando ações próximas dos cidadãos.

Assim este projeto (Anexo I) vai ao encontro não só de uma necessidade da comunidade local como também às recomendações nacionais.

O projeto delineado tem como finalidade: promover o bem-estar da comunidade através da participação comunitária no âmbito do Voluntariado ao idoso, na Freguesia do Ramalhal. Como objetivo geral: mobilizar a participação comunitária para que de forma ativa e com conhecimento no âmbito do Voluntariado ao idoso contribua para o bem-estar da sua própria comunidade.

Ao encontro do diagnóstico de enfermagem e de forma a dar-lhe resposta enquadra-se o conceito de Promoção da Saúde:

“... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (...). Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”. (CARTA DE OTTAWA, 1986)

Este conceito foi mobilizado em todo o processo de implementação do projeto.

A enfermagem em cuidados de saúde primários tem uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e com outros profissionais em complementaridade funcional; reconhece a importância das competências/saberes e a integração de vários esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria de modo a concretizar o potencial máximo de saúde da população alvo (OE, 2011). Também a DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978) dá ênfase à aquisição e à promoção da máxima autoconfiança e participação comunitária e individual, no

planeamento, organização, operação e controle dos cuidados de saúde primários, utilizando os recursos possíveis e disponíveis, locais, nacionais e outros, para que se desenvolvam através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades. Neste projeto participaram (com maior relevo) como parceiros, a Secção de Programas Especiais da GNR Núcleo Idoso em Segurança e a IPSS local onde foi elaborada em equipa uma ficha de articulação entre parceiros para sinalização/ referenciação de utentes (Anexo II); houve adesão de oito pessoas da comunidade para se formar um grupo de voluntários. Desta forma foi mobilizada a comunidade em prol da própria comunidade.

Este projeto foi aplicado em duas vertentes, uma em pessoas idosas (onze) em Centro de Dia na IPSS local e outra em pessoas idosas (doze) em situação de maior fragilidade no domicílio. Após alguma pesquisa considerou-se pertinente avaliar a solidão com a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III) da pessoa idosa alvo da nossa intervenção pelo impacto negativo que esta tem no bem-estar. Os resultados do projeto na comunidade foram avaliados pela aplicação de um questionário de satisfação ao idoso e aos voluntários em relação ao projeto. No âmbito do projeto em Centro de Dia teve o seu término no final do estágio, no domicílio houve disponibilidade do CSTV – UCC Torres Vedras, Polo Maxial para dar continuidade ao mesmo.

Corroborando com o CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (2012), que refere a diferença nos resultados, as desigualdades de saúde e serviços de saúde com baixo desempenho, continuam a apresentar um desafio para os enfermeiros; para colmatar esta desigualdade e diminuir a lacuna entre a evidência e a ação está na forma como utilizamos o conhecimento. Desta forma, pretendeu-se desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, identificando conhecimento mais atualizado sobre a temática que emergiu durante a prática clínica em estágio, recorreu-se à RSL em que foi realizada uma pergunta PI[C]O, **“Que intervenções de enfermagem (I) respondem às necessidades (O) da pessoa idosa com solidão (P)?”** pergunta que vai ao encontro não só ao que foi desenvolvido em estágio como ao diagnóstico de enfermagem, a pesquisa foi realizada na Plataforma EBSCO, definindo-se o protocolo de pesquisa.

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma: numa primeira fase apresenta uma introdução onde se descreve a temática em estudo e sua relevância para a prática de enfermagem, de seguida a conceptualização da temática utilizada em contexto de estágio, seguindo-se um capítulo sobre a operacionalização do projeto de estágio através de uma breve apresentação do campo de estágio, descrição da implementação do projeto e seus resultados, prosseguindo-se um capítulo sobre revisão sistemática da literatura utilizada e seus resultados, por fim uma análise reflexiva e considerações finais.

1- DA CONCEPTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA À PRÁTICA

Partindo de uma reflexão sobre a prática profissional diária, é fulcral a Enfermagem fundamentar a sua prática, bem como nas trocas energéticas que a comunidade estabelece com os sub sistemas organizacionais que a envolvem e apoiam. Assim, a intervenção em saúde nas comunidades deve ter como objetivo capacitar as populações de forma a lidar com as fontes de stress para conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, minimizando os danos causados pela exposição ao risco promovendo a saúde/ bem-estar.

O paradigma transformativo é o que mais se adequa à conceptualização e dinâmica desenvolvida, uma vez que o mesmo perspectiva os fenómenos como únicos mas em interação com o que os rodeia, sendo que as mudanças ocorrem por estádios de organização/desorganização, mas apontando sempre para níveis superiores (NEUMAN, 1982). Neste paradigma está integrado o modelo de sistemas de Betty Neuman. Este modelo conceptual é adequado à prática da Enfermagem comunitária porque “ (...) enfatiza uma abordagem da prática holística na qual, qualquer parte do sistema ou sub sistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total” (NEUMAN, 1995, p. 410, citado por JEREMIAS, RODRIGUES, 2011). A enfermagem é uma profissão que ajuda indivíduos a buscarem a melhor resposta aos stressores, Neuman desenvolveu o modelo de sistemas holístico, com uma visão global dos aspectos fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais e desenvolvimentistas das pessoas; é um sistema aberto em enfermagem considerada como força unificadora, que identifica a complexidade do todo, valorizando a importância das partes que o compõem (PIRES, 2007).

O pensamento sistémico tem por base a Teoria Geral dos Sistemas e a Teoria Cibernética, do qual se passa a considerar as interações dinâmicas e significativas que as partes estabelecem com o sistema, sendo estes abertos à permuta energética com o ambiente que pode ser interno, externo ou recriado (NEUMAN, 1982).

Conforme descrito em *Nursing Theories a companion to nursing theories and models* (S.a, 2011), Neuman define pessoa como sendo um ser multidimensional, com cinco variáveis/subsistemas (fisiológico; psicológico; socioeconómico; espiritual e de desenvolvimento), como um sistema cliente; saúde é equiparada ao bem-estar, em que as cinco variáveis que fazem parte da pessoa estão em perfeita harmonia; ambiente é visto como a totalidade das forças internas e externas (fatores de stress intrapessoal, interpessoais e extra pessoais) que envolvem uma pessoa e com o qual interage num determinado momento. Este ambiente pode ser visto em três perspetivas, como o ambiente interno (dentro do sistema do cliente), o externo (fora do sistema do cliente) e o ambiente criado é o gerado e desenvolvido inconscientemente pelo cliente, simbolizando a totalidade do sistema; enfermagem a profissão

que vê a pessoa como um todo, preocupa-se com todas as variáveis que influenciam a resposta que a pessoa pode ter perante um stressor e atua consoante as necessidades desta através da prevenção primária, secundária ou terciária, pretendendo o nível máximo de bem-estar, promovendo o equilíbrio do sistema.

Baseados na definição de pessoa de Neuman que considera um ser multidimensional com as variáveis/subsistemas fisiológico; psicológico; socioeconómico; espiritual e de desenvolvimento quando se encontra perante um stressor (solidão) pode haver um comprometimento destas variáveis podendo emergir necessidades (físicas, psicológicas, socioeconómicas, espirituais e de desenvolvimento), compete à enfermagem atuar promovendo o equilíbrio do sistema, o bem-estar/saúde.

A enfermagem deve estar atenta às novas necessidades da comunidade que emergem na sociedade sujeita a alterações no padrão epidemiológico, na estrutura e comportamentos sociais e familiares. O isolamento dos idosos, acompanhado pelo sentimento da solidão, podem colocar em causa (agindo como stressores) não só o bem-estar destas pessoas, mas também de toda a comunidade que aparentemente inerte perante esta situação reage, referindo que há necessidade de acompanhamento e suporte para esta faixa etária. Com o objetivo de promoção do bem-estar, o PNS 2011-2016 (2010), salienta que os sistemas de saúde são, cada vez mais, um elemento fulcral de proteção social e redução das injustiças, dando um contributo da grande importância para a coesão, justiça e bem-estar social.

Na DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978), dá-se ênfase à aquisição e à promoção da máxima autoconfiança e participação comunitária e individual, no planeamento, organização, operação e controle dos cuidados de saúde primários, utilizando os recursos possíveis e disponíveis, locais, nacionais e outros, para que se desenvolvam, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

No ponto de vista da coletividade como o envelhecimento, segundo PNSPI (2004), é um fenómeno que diz respeito a todos envolvendo necessariamente todos os setores sociais (impondo a sua intervenção e co-responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas), o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados (diretos conviventes e profissionais); representando um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas das pessoas idosas. Deste modo considerar-se o voluntariado como forma de participação comunitária, que poderá intervir junto da pessoa idosa, promovendo-lhe bem-estar.

Entendendo o envelhecimento como um processo de degradação progressiva e diferencial e não como um estado; que afeta todos os seres vivos, não é possível datar o seu começo porque consoante o nível onde se encontra (biológico, psicológico ou sociológico) a sua velocidade e gravidade difere de pessoa para pessoa (CANCELA, 2007). O Envelhecimento Ativo com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas deve ser promovido a nível individual e coletivo; este conceito (Envelhecimento ativo) foi introduzido em 2002 pela OMS definindo-o como um processo de otimização das oportunidades para a saúde,

participação e segurança (FERNANDES; MAGALHÃES; ANTÃO, 2012). Corroborando com esta definição fazia sentido incluir neste projeto voluntárias que embora com idade avançada a nível cronológico tivessem um papel ativo na comunidade, assim como pessoas que embora tivessem uma idade inferior a 65 anos pelo seu isolamento social/ geográfico ou com outro critério de fragilidade fosse integrado como alvo da nossa intervenção na comunidade.

Este projeto enquadra-se nas diretivas expostas em Diário da República que recomenda por um envelhecimento ativo nos termos do nº 5 do artigo 166.º da Constituição:

3 - Incentive o voluntariado de vizinhança, coordenado pelos concelhos locais de ação social e em estreita articulação com as forças de segurança e os serviços da segurança social, com o fim de identificar pessoas idosas em situação de isolamento, abandono e violência, e encaminhar para a rede social ou comissões sociais de freguesia que devem providenciar, tendo em consideração a vontade e autonomia da pessoa idosa, as respostas adequadas junto das entidades competentes.

4 – Valorize o envelhecimento ativo, nomeadamente com o voluntariado sénior, potenciando o relacionamento intergeracional através da troca de experiências, da passagem de testemunho cultural e assegurando um combate efetivo ao isolamento da pessoa idosa e favorecendo a sua saúde física e mental. (RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Nº 61/2012)

Foi necessário no projeto estabelecer critérios que ajudassem a perceber entre a população idosa quais os que tinham maior necessidade da nossa intervenção, daí que foi necessário eleger critérios de fragilidade. Hogan, Macknight e Bergman (2003) citado por TEIXEIRA, Ilka (2008), referem três critérios importantes utilizados nas definições de fragilidade: vulnerabilidade, dependência nas Atividades de Vida Diárias e comorbidade.

O conceito de fragilidade está a ser reconstruído como um fenómeno multifactorial, afastando-se do paradigma biomédico para uma perspectiva inovadora de promoção da saúde e prevenção da doença (Meneley, 1999 citado por TEIXEIRA, Ilka, 2008). Lima (2006) quando fala sobre as novas vulnerabilidades salienta que nos países ocidentais nas últimas décadas houve uma profunda mudança de valores, assim as sociedades ditas modernas são crescentemente individualista, em que inicialmente se traduzia por sentimento de liberdade e auto suficiência, atualmente esta transformação de valores trouxe um sentimento de egoísmo e desresponsabilização/ compromisso para com os outros, que posteriormente se traduz por isolamento social. Os critérios de fragilidade/ referência selecionados pela equipa (UCC; GNR e IPSS) para integrarem na Ficha de articulação entre parceiros para sinalização/ referência de utentes (ANEXO II) foram:

- Idade superior a 65 anos;
- Viver só;
- Viver (apenas) com outra pessoa com mais de 65 anos;
- Condições habitacionais desadequadas;
- Apoio social insuficiente;
- Sem apoio social;
- Défice sensorial;
- Dificuldade na mobilidade;
- Suspeita de alimentação insuficiente;
- Aspeto físico descuidado (higiene)
- Isolamento geográfico;

- Limitado ao domicílio;
- Sem apoio familiar/ informal;
- Apoio familiar insuficiente;
- Dependente de ajuda nas atividades de vida diárias;
- Hospitalizações frequentes (mais que uma vez por mês).

O isolamento social pode originar um sentimento de solidão. Solidão é "... uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada..."(FERNANDES, 2007 citando ROOK, 1984). A solidão é um construto complexo, que facilmente se pode confundir com isolamento, abandono (entre outros termos), o seu significado é tão amplo, complexo e subjetivo que no estudo desta temática existem dois problemas: estabelecer uma definição concreta e o de avaliar com objetividade a amplitude da solidão (FERNANDES, 2007). Neto (2000) citado por FERNANDES (2007) refere que a solidão trata-se de uma experiência dolorosa que se tem quando as relações sociais não são adequadas, realçando que nesta definição emerge a procura de algo que colmate a solidão, que dê sentido à vida e à existência, assim como à quantidade e qualidade das relações sociais criadas. Só ganhando a intimidade, depois de marcar uma identidade, se pode ultrapassar o isolamento, pois só assim se poderá ter um "Eu" mais intenso, mais confiante e decisivo (RUSSEL, 2004 citado por FERNANDES,2007).

Estudos recentes revelam que atualmente o estatuto social que os idosos têm expressa uma realidade capaz de motivar o isolamento e conseqüentemente proporcionar solidão; a sociedade atual oferece cada vez mais isolamento (Internet, condomínios fechados,...) evitando que as pessoas se desloquem acabando por diminuir as suas redes sociais de apoio e de convívio (FERNANDES, 2007). YOUNG (1982) citado por FERNANDES (2007) propõe que as relações sociais possam ser abordadas como uma classe particular de reforço, considerando a solidão como uma resposta à ausência de reforços sociais relevantes. Corroborando com os autores, o voluntariado emerge como uma intervenção comunitária que poderá ter um impacto positivo na pessoa idosa em relação ao mal-estar sentido pela solidão.

Como tal, no projeto desenvolvido tornou-se pertinente avaliar a solidão da população alvo da nossa intervenção na comunidade, no âmbito do voluntariado, assim foi adotada uma escala validada para Portugal ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III).

Segundo a Declaração Universal do Voluntariado, Netherlands (2001), reforça o voluntariado como base da sociedade civil, que procura paz, liberdade, oportunidade, segurança, e justiça para todas as pessoas; apoia o direito de cada homem, mulher, e criança associar-se livremente e ser voluntário, independentemente de sua origem étnica, cultural, religião, idade, sexo, condição física, social ou económica. Todas as pessoas devem ter o direito de oferecer livremente o seu tempo, energia e talento para os outros e para suas comunidades através da ação individual e coletiva, sem expectativa de recompensa financeira, pretendendo-se que o desenvolvimento do voluntariado provoque o envolvimento de toda a comunidade na identificação e resolução dos seus problemas.

GONÇALVES (2007), citando a “declaração universal sobre o voluntariado”, realizada em Paris em 1990, sumariamente define voluntariado como: uma escolha espontânea nas opções pessoais e motivações; uma participação ativa do cidadão, na vida comunitária das cidades; um contributo para a melhoria da qualidade de vida e também para o progresso das pessoas, como seres humanos e por último o querer e se empenhar para a construção de um mundo mais justo, mais alegre e mais pacífico. GONÇALVES (2007) expõe os vários tipos de voluntariado: o Voluntário Cidadão em que as pessoas desenvolvem ações voluntárias em campanhas, projetos, eventos e em instituições parceiras; Sócio Voluntário refere-se a pessoas que optam por uma contribuição financeira permanente para os projetos sociais; Empresas Voluntárias são aquelas empresas que colaboram para o desenvolvimento de projetos sociais; Voluntariado Corporativo que englobam as empresas que incentivam o trabalho social e voluntariado entre os seus funcionários; Voluntários Profissionais Liberais são aqueles profissionais interessados em doar horas de trabalho dentro de uma área de seu interesse ou da sua área profissional; Grupos Organizados em que fazem parte os voluntários que se organizam pela sua referência comum, com objetivo de promover ações comunitárias e construir uma cultura de solidariedade; Madrinhas e Padrinhos que são pessoas voluntárias que dão apoio financeiro às famílias de crianças de creches de comunidades com baixos recursos. Baseados nestas definições este projeto promove o Voluntário Cidadão e/ou Grupos organizados.

Entende-se como participação comunitária no desenvolvimento de cuidados de saúde, a criação de oportunidades que possibilitem a todos os membros da comunidade e à sociedade, contribuir ativamente, influenciar os processos de desenvolvimento e partilhar equitativamente os benefícios desse desenvolvimento (LOBO, 2012). Assim, as parcerias realizadas numa comunidade são uma forma de participação comunitária. As parcerias surgiram da busca de estratégias para ultrapassar as dificuldades de operacionalização junto das comunidades, facilitando o envolvimento cívico e a articulação de serviços que encontram interesse/ objetivo comuns; desta forma possibilitam o desenvolvimento e consolidação de comunidades mais saudáveis (VARGAS-MONIZ; MORGADO, 2010). As parcerias são importantes para melhorar a saúde da comunidade: “ A parceria comunitária é necessária porque os membros leigos da comunidade têm interesses no sucesso dos esforços para melhorar a saúde da comunidade” (CONSTANCE et al, 2002 citado por STANHOPE, LANCASTER, 2011, p.363).

O espírito de Alma-Ata teve o seu desenrolamento na Carta de Promoção da Saúde, que foi adoptada em Ottawa, em 1986, esta lançou um desafio à nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde; a mediação e a advocacia, como processo para a alcançarem; foi a partir desta altura que a promoção da saúde começou teoricamente ser verdadeiramente valorizada (MARTINS, 2005). A promoção da saúde assume um papel preponderante na comunidade: “...uma boa aposta na promoção da saúde deverá ir além do trabalho ao nível da capacidade física dos indivíduos, e incluir o bem-estar mental e social, onde os determinantes psicológicos e psicossociais associados a agentes de ordem social adoptam um papel basilar” (TEIXEIRA, 2010).

A capacitação na promoção da saúde significa atuar em parceria com a pessoa/ grupo, com a finalidade de obter o seu empoderamento para a saúde, mobilizando recursos materiais e humanos, dando acesso às informações de saúde, promovendo o desenvolvimento de competências pessoais, apoiando o acesso às políticas públicas que intervêm na saúde, a fim de promover e proteger a saúde (OE, 2011). Na saúde a capacitação pode ser cultural, social, psicológica ou política em que a pessoa e grupos sociais têm capacidade de expressar as suas necessidades, demonstrar preocupações, elaborar estratégias de participação nas suas decisões, levando a cabo ações políticas, culturais e sociais de forma a atender às suas necessidades; assim o empoderamento para a saúde é um processo através do qual as pessoas adquirem um maior controlo nas decisões e ações que interferem na sua saúde (OE, 2011).

Com este projeto do Voluntariado pretende-se através da promoção da saúde dar conhecimento e consequente empoderamento à comunidade, aumentando a participação comunitária, para que esta tenha maior controlo na sua saúde/ bem-estar; indo assim ao encontro do nosso diagnóstico de enfermagem.

Ganhos em Saúde, segundo o PNS 2012-2016 (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2012) define-os como resultados positivos em indicadores de saúde incluindo referências sobre a sua evolução. Estes expressam a melhoria dos resultados (citando Nutbeam D, 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, redução de episódios de doença ou diminuição da sua duração, diminuição da incapacidade permanente ou temporária, aumento da funcionalidade psicossocial e física; redução do sofrimento passível de ser evitado e melhoria da qualidade de vida relacionada/ condicionada pela saúde.

A obtenção de ganhos em saúde incluem a definição das áreas prioritárias de ganhos potenciais em saúde e metas, entendendo-se por Ganhos Potenciais em Saúde os que resultam da capacidade de intervenção sobre causas evitáveis, resolúveis ou controláveis, são calculados, considerando a evolução temporal a nível internacional, nacional, regional ou local numa lógica de redução das desigualdades (PORTUGAL. Direção Ministério da Saúde. Geral da Saúde, 2012).

Embora os ganhos potenciais em saúde tenham uma perspetiva multidimensional, incluindo morbilidade, mortalidade, incapacidade e auto-perceção do estado de Saúde, o conceito é dinâmico e depende da definição de saúde e de doença, assim novos diagnósticos ou intervenções determinam novas áreas com perspectivas de ganhos (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde, 2012)

Os Ganhos em Saúde podem-se avaliar através de indicadores porque são, «representantes», e «traduções» dos fenómenos, que queremos conhecer e seguir, numa linguagem técnica e têm a capacidade de nos informar acerca do seu estado e das suas alterações relevantes (DIAS; FREITAS; BRIZ, 2007).

Como tal foram delineados indicadores adaptados ao projeto de Voluntariado implementado (de forma a dar resposta ao diagnóstico de enfermagem da comunidade) para avaliar os resultados sensíveis à intervenção da enfermagem.

2 - OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

2.1 – CONTEXTO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A UCC de Torres Vedras é uma das unidades funcionais do Centro de Saúde de Torres Vedras, que está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) – Oeste Sul que detém uma área aproximada de 1164,6 Km², sendo constituído por 6 Concelhos (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Cadaval, Lourinhã, Sobral Monte Agraço e Torres Vedras) e 64 freguesias. O concelho de Torres Vedras, com uma área de cerca de 405,89 Km², abrange uma população residente de 79 465 habitantes agregados em 30 198 famílias (Censos, 2011). O concelho de Torres Vedras está dividido por 20 freguesias. Situada a norte da cidade de Torres Vedras, a freguesia de Ramalhal encontra-se a 16,2 kms da sede do concelho e com as novas rodovias a cerca de 50 kms de Lisboa, tem uma área de 36,8 km² e é atravessada pelo rio Alcabrichel. O Ramalhal é uma freguesia de índole rural com 3.481 habitantes (CENSOS, 2011), que tem como Atividades Económicas: Indústria de barro vermelho e grés, indústria agro-alimentar, agricultura com maior expressão na silvicultura, transformação de carvão vegetal, comércio e serviços.

Devido à dimensão do concelho e à dificuldade de gestão, tendo em conta a área e a população inscrita, desde 2005 que a equipa de enfermagem optou por uma divisão por pólos geográficos. Existem três pólos que agrupam as 18 extensões de saúde (UCSP) exteriores à cidade de Torres Vedras: “Pólo Maxial”, “Pólo Carmões” e o “Pólo Silveira”. A freguesia do Ramalhal faz parte do “Pólo Maxial”. (UCC TORRES VEDRAS, 2010).

2.2 – IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A integração na equipa e na dinâmica das atividades previstas no Plano da Ação da UCC de Torres Vedras tiveram relevância para o desenvolvimento do pensamento crítico no processo de aprendizagem e no sucesso da implementação do projeto na comunidade. Tendo como base o DESPACHO n.º 10143/2009, refere:

Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, 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, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (DESPACHO nº 10143/2009; p.15438).

De acordo com este despacho o Plano de Ação da UCC (UCC TORRES VEDRAS, 2010) refere, que a UCC pretende dar resposta aos utentes tendo em consideração o diagnóstico de saúde da comunidade, intervindo em grupos vulneráveis e de risco, promovendo deste modo a saúde, prevenindo complicações, identificando situações de risco, reabilitando, entre outras. Neste sentido a UCC é constituída por uma equipa multiprofissional, com competências próprias dos seus membros e respeito destas mesmas competências. Deste modo, deseja ser uma “Unidade prestadora de Cuidados de Saúde na Comunidade e para a Comunidade”, privilegiando o trabalho de proximidade com a população e com as diversas organizações, de forma a ir ao encontro das necessidades reais. Ambiciona ser uma unidade que preste cuidados de excelência, sendo a Comunidade / Família / Individuo os parceiros principais; tornando-se num dos pilares dos Cuidados de Saúde Primários, em estreita articulação com as outras unidades funcionais e com os hospitais de referência. (UCC TORRES VEDRAS, 2010).

Através do Plano de ação foi possível com a colaboração dos enfermeiros cooperantes, planear um período de integração nos vários programas que a UCC desenvolve. Foi viável acompanhar, observar e participar nas várias intervenções na comunidade junto de colegas em áreas específicas de várias especialidades desde Saúde Infantil; Saúde Materna; Reabilitação e Comunitária. Assim como foi oportuno constatar com o enfermeiro generalista, o papel que tem na UCC, junto da comunidade como profissional de saúde, que dentro das suas competências não presta apenas cuidados diferenciados mas deteta situações de risco e encaminha para colegas das várias especialidades e outros profissionais que fazem parte da equipa multidisciplinar da UCC. O encaminhamento entre os vários profissionais também surge dentro das várias áreas de especialidade de enfermagem e é recíproco. Foi possível observar o papel dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária nesta UCC desempenhando as suas competências e como elo de ligação entre todos os profissionais diferenciados e parceiros da comunidade.

Segundo (IMPERATORI; GERALDES, 1982), planeamento da saúde pode definir-se como a racionalização de recursos, com intenção de atingir os objetivos delineados, visando a redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando assim, a coordenação de esforços vindos de diversos setores socio-económicos. Segundo estes mesmos autores planear é importante essencialmente por seis razões: os recursos são escassos sendo necessário utilizá-los de forma mais eficaz e eficiente; é preciso intervir nas causas dos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas de um determinado setor sem saber o que os outros setores têm previsto nessa área de intervenção; porque há infra estruturas muito caras que podem apoiar simultaneamente vários equipamentos, assim como há equipamentos que podem ter utilizações polivalentes.

Assim este projeto surge de uma necessidade “sinalizada” pela comunidade, envolve a comunidade e os seus recursos socio-económicos pretendendo-se resultados em benefício da mesma comunidade.

A pertinência da implementação deste projeto emerge desta comunidade através do Diagnóstico de Saúde e do Fórum Comunitário que validou o problema detetado, priorizou-o e referiu que a população que mais precisava deste tipo de apoio era o idoso.

Dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2010), revelam que a Esperança de Vida à Nascimento (2007-2009) Homens é de 75,8 anos e Mulheres 81,8 anos. Esta realidade de uma população cada vez mais envelhecida vai ao encontro da realidade desta freguesia, tendo em conta que dos 3182 inscritos em 2011 na Extensão de Saúde do Ramalhal 666 têm mais de 65 anos (20,9%) e destes 343 têm mais de 75 anos (51,5%).

A relevância deste projeto ser desenvolvido a partir de uma UCC, salienta-se por este ir ao encontro dos seus objetivos: "...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, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família..." (DESPACHO nº 10143/2009; p.15438). Corroborando, a UCC Torres Vedras no seu Plano de acção (UCC TORRES VEDRAS, 2010) refere pretender dar resposta aos utentes tendo em consideração o diagnóstico de saúde da comunidade, intervindo em grupos vulneráveis e de risco, promovendo deste modo a saúde, prevenindo complicações, identificando situações de risco; pretendendo-se envolver a Comunidade / Família / Indivíduo como os seus principais parceiros.

A implementação do projeto de estágio Voluntariado para o Idoso na freguesia do Ramalhal teve início no princípio de março de 2012.

A estratégia planeada no projeto (ANEXO I) de seleção do grupo de pessoas idosas ao consultar o SINUS e sinalizar os idosos inscritos que vivessem sós ou com outro familiar com mais de 65 anos foi suspensa por se verificar a impossibilidade de dar resposta com o projeto delineado ao elevado número de idosos. Realidade que vai ao encontro do IGFSE (2012) que baseados em dados do INE e dos Censos 2011, cerca de 400 mil idosos vivem sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas. As estratégias encontradas para ultrapassar esta primeira dificuldade foram: definir critérios de fragilidade e contactar com parceiros da comunidade local/regional que no terreno pudessem sinalizar/ referenciar idosos em situação de maior fragilidade. Neste sentido foi proposto e reformulado a Ficha de articulação entre parceiros (ANEXO II), assim como fluxograma, numa reunião onde foi proposta parcerias (Saúde/Segurança/Social) nas 7 freguesias do Polo Maxial. Assim estas parcerias foram uma mais-valia no âmbito dos cuidados continuados em todas as freguesias do Polo Maxial acrescentando-se no projeto do Voluntariado ao idoso na freguesia do Ramalhal.

No decorrer do estágio foi necessário contactar com várias entidades e pessoas de influência local e regional, que pelas suas competências e formação era pertinente a sua integração no projeto, desta forma foram contactadas telefonicamente e via correio electrónico sempre que fosse pertinente e agendadas reuniões com objetivos específicos para cada pessoa/ entidade locais e regionais (Anexo IV).

Foram utilizadas estratégias para divulgação do projeto e sensibilização da população para se inscreverem como voluntários, promovendo a participação comunitária - elaboração de folhetos apelando à população a sua inscrição como voluntários (foram fixados em pontos de

referencia na freguesia) (Anexo V) e a publicação de notícia sobre o desenvolvimento do projeto naquela freguesia no Jornal Badaladas (Jornal regional) (Anexo VI). As pessoas podiam fazer a sua inscrição, ficha que faz parte de vários documentos de suporte ao projeto (Anexo VII) na UCSP Ramalhal, na Junta de Freguesia, na Igreja do Ramalhal e na IPSS do Ramalhal.

Grupo de voluntários

Houve adesão de oito voluntárias com idades compreendidas entre os 22- 84 anos, habilitações literárias desde bacharelato em enfermagem, estudante de 4º ano de enfermagem e entre 4º - 12º ano de escolaridade. Este grupo continha elementos ainda com atividade laboral. Procedeu-se à assinatura de um contrato entre UCC/ Voluntário que consta nos documentos de suporte ao projeto (Anexo VII) com os direitos e deveres descritos baseado na Lei nº 71/98 (Bases do enquadramento jurídico do voluntariado) e no modelo proposto pelo CONSELHO NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO (s.d).

O planeamento da formação para este grupo de Voluntários está integrado no Cronograma de reuniões e formação para os voluntários- Freguesia do Ramalhal (Anexo VIII) teve por base os objetivos do projeto, a análise da aplicação de um questionário inicial (Anexo IX) realizado aos elementos do grupo e dos recursos da comunidade local/regional. Emergiram as seguintes necessidades formativas: processo de envelhecimento e suas implicações na comunicação (ministrada pela enfermeira responsável pelo projeto) (Anexo VIII); voluntariado organizado (legislação, direitos e deveres) e segurança no idoso (burlas e roubos). Foi pedida e cedida colaboração para a formação de elementos do Banco de Voluntariado de Torres Vedras, de um Animador Social (o Centro de Dia não tinha Animador Social), da GNR da Secção de Programas Especiais – Núcleo Idoso em Segurança e da Psicóloga da equipa da UCC. O horário das formações e os dias foram escolhidos para que houvesse a maior assiduidade das voluntárias. As reuniões/ formações tiveram lugar nas instalações da IPSS do Ramalhal, em que a acessibilidade era maior para as voluntarias. Encontram-se representados no Quadro n.º 1 os indicadores e respectivas metas traçadas:

Quadro n.º 1 - Indicadores e metas em relação ao grupo de voluntários

INDICADOR	META
Nº de reuniões e formações executadas / Nº de reuniões e formações planeadas x 100	100%
Nº de voluntários presentes nas reuniões-formações/ Nº total de reuniões- formações x 100	80%
Nº de voluntários com total de respostas certas no questionário final/ Nº total de voluntários x 100	50%
Nº de voluntários com motivação em continuarem no projeto/ Nº Total de voluntários x 100	90%

Neste processo foram desenvolvidas as seguintes competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011):

- Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;
- Integra nos processos de mobilização e participação comunitária conhecimentos de diferentes disciplinas;
- Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Voluntariado em Centro de Dia

A IPSS tinha à sua responsabilidade em Centro de Dia onze pessoas idosas e sessenta utentes internados em lar, assim este projeto que inicialmente pretendia abranger idosos no âmbito domiciliário, em Centro de Dia e institucionalizados em lar não incluiu estes últimos devido ao rácio voluntários/idosos não ser plausível de resposta efectiva e eficaz também nesta vertente.

Em Centro de Dia abrangeu-se dez idosos inicialmente e no final onze idosos com idades compreendidas entre os 73- 94 anos, maioritariamente sabiam ler e escrever. Alguns idosos apresentavam comportamentos e verbalmente um discurso próprio já de um processo demencial. O facto de a IPSS não ter Animador Social, referindo que o assistente social fazia atividades com os idosos foi um obstáculo, porque embora a instituição aceitasse a nossa intervenção com assinatura de Contrato entre Entidade Organizadora e IPSS (Anexo X) três vezes por semana por um período de duas horas cada, surgiam frequentemente entraves à nossa presença. Foi necessário elaborar um Plano de atividades (Anexo XI) aliciante e ter sempre algo previsto como segunda alternativa. A nossa intervenção teve como finalidade desenvolver atividades que favorecessem a comunicação/relação entre os idosos e consecutivamente a diminuição do Score de solidão promovendo o bem-estar. Foram traçados os seguintes indicadores e respectivas metas representados no Quadro n.º 2.

Quadro n.º 2 - Indicadores e metas para o grupo de pessoas idosas em Centro de Dia

INDICADOR	META
Nº de pessoas idosas que se sentiam compreendidas pelos voluntários/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas que se sentem bem na companhia do voluntário/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas que se sentem "incluídas" na presença do voluntário/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas em que o serviço/accompanhamento do voluntario vai ao encontro das suas expectativas/ Nº total de pessoas idosas x 100	90%

Voluntariado no domicílio

Em termos de fluxograma temos em primeiro lugar a referência do utente que pode ser feita pelos parceiros (Anexo II) ou pelo próprio utente/família (Anexo XII), posteriormente segue-se uma visita domiciliária para avaliação da situação e esta visita está integrada como uma primeira visita de enfermagem no âmbito dos Cuidados Continuados onde é preenchida a Ficha individual do utente de Cuidados Continuados UCC – Torres Vedras (Anexo XIII) assim como a continuação do preenchimento da Ficha do idoso no âmbito do voluntariado (Anexo XII).

No âmbito desta visita é explicado ao utente e família o projeto e são ouvidas as suas expectativas. Desta visita podem resultar várias situações:

- Integração da pessoa no projeto do voluntariado, onde é logo programada uma visita seguinte com a voluntária para sua apresentação e assinatura do contrato UCC/Voluntário/ Idoso ou família (Anexo XIV);
- Encaminhamento para os cuidados continuados da UCC por apresentar dependência (aplicada escala de índice de dependência (MDA) que está integrada na Ficha Individual do Utente dos Cuidados Continuados) (Anexo XIII) e recusa de integração no projeto;
- Integração da pessoa tanto no projeto do voluntariado como nos cuidados continuados da UCC (se a sua dependência assim o exigir).

Desta visita ou das seguintes podem surgir vários encaminhamentos consoante as necessidades encontradas onde se podem incluir encaminhamentos para os parceiros (GNR e IPSS) e programação de visitas conjuntas para melhor eficácia da nossa intervenção, encaminhamento para a UCSP (médico de família e/ou enfermeiro da extensão de saúde do Ramalhal). Foram traçados e indicadores e respetivas metas representados no Quadro n.º 3.

Quadro n.º 3 - Indicadores e metas relativas a visitas domiciliárias e encaminhamentos

INDICADOR	META
Nº de visitas domiciliárias de avaliação inicial / de pessoas sinalizadas nº x100	100%
Nº de visitas domiciliárias executadas com parceiros/ Nº de visitas Domiciliárias programadas com parceiros x 100	90%
Nº de pessoas encaminhadas / Nº de pessoas detetadas com necessidade de encaminhamento x 100	100%

No domicílio abrangeu-se 12 idosos com idades compreendidas entre os 63- 87 anos com uma escolaridade desde o analfabetismo à quarta classe. Corroborando com CANCELA (2007), abrangeu-se um utente com 63 anos por se considerar que o envelhecimento não tem idade cronológica fixa, depende de múltiplos fatores e é diferente de pessoa para pessoa. Houve a assinatura de um Contrato entre representante da UCC/ voluntário/ idoso ou família (Anexo XIV), baseado na Lei nº 71/98 e no modelo proposto pelo CONSELHO NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO (s.d).

No âmbito do domicílio o voluntariado teve três vertentes: companhia no domicílio do idoso (uma vez por semana), de companhia a consultas/exames complementares de diagnóstico/ compras e de vigilância de saúde (a que ficaram responsáveis as duas voluntárias com formação em enfermagem), a distribuição de utentes/ serviços vem explicita no Quadro nº4, onde se realça a preferência dos idosos no serviço de voluntariado de companhia no domicílio. A vigilância de saúde estava relacionada com a necessidade que surgiu de apoiar/estimular estas pessoas/famílias no âmbito da adesão ao regime terapêutico, que por não apresentarem dependência não tinham critérios para serem encaminhados para os Cuidados Continuados da UCC. De salientar que o idoso poderia usufruir mais que uma destas vertentes.

Quadro n.º 4 – Distribuição de utentes pela oferta de serviços do voluntariado

OFERTA DE SERVIÇOS	COMPANHIA NO DOMICILIO	COMPANHIA A CONSULTAS/ EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO/ COMPRAS	VIGILÂNCIA DE SAÚDE
Nº de utentes	8	4	2

Foram delineados no Quadro n.º 5 os seguintes indicadores com respectivas metas em relação ao grupo de pessoas idosas que foram abrangidas pelo projeto no domicílio.

Quadro n.º 5 - Indicadores e metas para o grupo de pessoas idosas no domicílio

INDICADOR	META
Nº de pessoas idosas que se sentiam compreendidas pelos voluntários/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas que se sentem bem na companhia do voluntário/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas que se sentem incluídas na presença do voluntário/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100	90%
Nº de pessoas idosas em que o serviço/acompanhamento do voluntario vai ao encontro das suas expectativas/ Nº total de pessoas idosas x 100	90%
Nº de pessoas idosas que referem partilharem os seus interesses e ideias com os voluntários/ Nº total de pessoas idosas x 100	90%

Foi aplicada inicialmente aos idosos (Centro de dia e domicilio) a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III), incluída na Ficha do Idoso (Anexo XII), em que a pontuação mínima obtida é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos, o maior número de pontos alcançados traduz solidão e uma pontuação baixa significa uma maior satisfação social (menor solidão).

No final não foi aplicada a mesma escala pelo curto tempo de implementação do projeto, no entanto foi aplicado um questionário de avaliação do impacto do projeto (Anexo XV) onde foram colocadas algumas perguntas adaptadas da escala de solidão mas em relação ao projeto do voluntariado ou ao serviço prestado pelos voluntários de forma a avaliarmos se a nossa intervenção está a ser eficaz, repercutindo-se posteriormente no score da escala de solidão, com melhoria do bem-estar. A escala de solidão (Anexo III) e o questionário de avaliação do impacto do projeto (Anexo XV) foram aplicados às pessoas idosas que integraram o projeto, com capacidade de resposta (foram excluídas pessoas que no momento estavam sobre o efeito de álcool ou pelo estado demencial não apresentavam discurso coerente) e as que se encontram no domicílio (no questionário de avaliação de impacto do projeto) que pelo menos tivessem usufruído de três contactos com o voluntário.

Os Ganhos em Saúde pretendidos com este projeto são mais abrangentes do que os indicadores delineados em cima, mas só poderão ser avaliados posteriormente pois os resultados sensíveis da intervenção na comunidade serão a longo prazo Quadro nº 6, daí que deverão ser avaliados entre seis meses a um ano após o início do projeto.

Quadro n.º 6 - Indicadores e metas a avaliar a longo prazo

INDICADORES	META
Nº de voluntários que permanecem no projeto/ Nº de voluntários que inicialmente aderiram ao projeto x 100	90 %
Nº de pessoas idosas com diminuição do score da Escala de Solidão/ Nº de pessoas idosas integradas no projeto x 100	80%

2.3 – RESULTADOS

Grupo de voluntários

Foram planeadas e realizadas até ao término do estágio seis reuniões/sessões, atingindo-se a meta do indicador traçado - Nº de reuniões e formações executadas / Nº de reuniões e formações planeadas x 100 = 100%

A assiduidade das voluntárias às reuniões/formações contemplada num dos documentos de suporte ao projeto (Anexo VII) foi de 85%. Foi superada a meta do indicador Nº de voluntários presentes nas reuniões-formações/ Nº total de reuniões- formações x 100 = 80%.

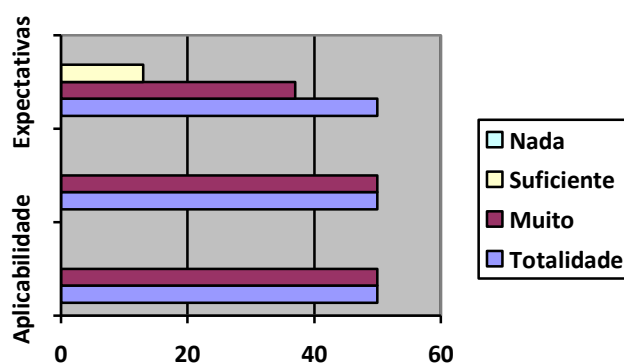
Houve aquisição de conhecimentos que foram revelados através da aplicação de um questionário no final (Anexo XVI) com as mesmas perguntas do questionário aplicado inicialmente: no questionário inicial houve 87 % de respostas corretas e no questionário final houve 97,7% de respostas corretas. Assim o diferencial da percentagem de respostas corretas entre questionário final e o inicial é superior a 10%. No questionário inicial dois voluntários responderam correctamente a todas as respostas correspondendo a 25% dos voluntários; no

final seis o fizeram correspondendo a 75%, deste modo o indicador - Nº de voluntárias com total de respostas certas no questionário final/ Nº total de voluntárias x 100 = 50% - a meta foi superada, constatando-se ganho de conhecimentos.

A avaliação do impacto do projeto neste grupo foi realizada pela aplicação de um questionário de satisfação, em que as respostas representadas nos Gráficos nº 1 e 2 correspondem às seguintes perguntas respetivamente:

- As expectativas ao integrar este projeto estão a ser concretizadas?
- Os temas abordados nas Reuniões/ Sessões de formação foram de interesse?
- O que aprendi pode aplicar-se na prática?

Gráfico nº 1 – Expectativas, temática e aplicabilidade da formação-
Avaliação dos voluntários



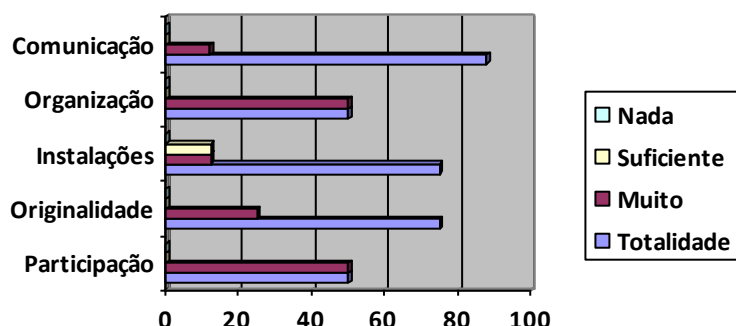
Conclui-se que:

- As expectativas dos voluntários ao integrar este projeto foram concretizadas para 87% e suficiente para 13% (que corresponde a 1 elemento do grupo);
- Os temas abordados nas Reuniões/ Sessões de formação foram de interesse para 100% do grupo que responderam com a opção na totalidade 50%, com a opção muito os restantes 50%
- Em relação à aplicabilidade na prática do que aprenderam 100% dos voluntários responderam foram dessa opinião, 50% responderam na totalidade e os outros 50% com a opção muito

No seguimento das perguntas:

- Os formadores estimularam a participação do grupo?
- Os formadores foram acessíveis na sua comunicação?
- Houve originalidade na apresentação dos temas?
- A sala e os equipamentos utilizados foram adequados?
- Houve uma boa organização das reuniões/sessões de formação?

Gráfico nº 2 – Organização, Instalações, Originalidade, Participação e comunicação na formação – Avaliação dos voluntários



- Os voluntários (100%) são de opinião que os formadores estimularam a participação do grupo, 50% responderam na totalidade e os outros 50% muito
- Em relação aos formadores serem acessíveis na sua comunicação, 100% foi dessa opinião em que 88% responderam na totalidade e 12% muito;
- Quanto à originalidade na apresentação dos temas, 75% referiu na totalidade e 25% muito;
- Ao facto da sala e os equipamentos utilizados terem sido adequados, 75% referiu na totalidade, 12,5% muito e 12,5% suficiente;
- Se houve uma boa organização das reuniões/sessões de formação, 100% foi dessa opinião em que 50% responderam na totalidade e os restantes 50% muito;

Em relação à pergunta “No dia-a-dia, em caso de necessidade a enfermeira mostra-se acessível?” pretendendo-se avaliar a percepção dos voluntários em relação à acessibilidade ao contacto com a enfermeira em que 100% respondeu na totalidade.

Em relação às perguntas abertas:

- “Acha importante ser uma enfermeira responsável por este tipo de projeto? Justifique.”

Todas (100%) referiram que sim, em que 80% achou importante e 20% muito importante; quanto á justificação apresenta-se no Quadro n.º 7 de salientar que algumas apresentaram mais que um motivo/ justificação.

Quadro n.º 7 - Enfermeira responsável pelo projeto- justificação por parte dos voluntários

JUSTIFICAÇÃO	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	CONHECIMENTO	EXPERIÊNCIA A NÍVEL DA COMUNIDADE	RESPONSÁVEL NA ÁREA DA SAÚDE
Nº VOLUNTÁRIOS (%)	5 (62,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	1(12,5%)

- “Sente motivação para continuar com este projeto?”

Pergunta à qual 100% dos voluntários respondeu que sim. Pelo que ao indicador Nº de voluntárias com motivação em continuarem no projeto/ Nº Total de voluntárias x 100 = 90% - superou a meta.

- Quais as maiores dificuldades/ entraves que sentiu no decorrer do projeto? Sugestões.

Houve um voluntário (12,5%) que não respondeu à pergunta, as restantes respostas encontram-se esquematizadas no Quadro n.º 8.

Quadro nº 8 - Dificuldades/ entraves no decorrer do projeto.

TIPO DE DIFICULDADES/ ENTRAVES	NENHUM ATÉ AO MOMENTO	“VÁRIAS A TODOS OS NÍVEIS”	POUCO ACOLHIMENTO POR PARTE DA IPSS
Nº VOLUNTARIOS (%)	3 (37,5%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)

O pouco acolhimento por parte da IPSS do voluntariado em Centro de Dia foi a dificuldade mais sentida, em relação ao voluntário que referiu “várias a todos os níveis” não especificou na resposta. Nenhum voluntário apresentou sugestões.

- O que “ganhou” enquanto pessoa ao prestar cuidados/ serviços no âmbito do Voluntariado?

A pergunta surge para avaliar os “ganhos” sentidos pelos voluntários ao integrarem o projeto. Houve voluntários que deram mais de um tipo de resposta que se encontram representadas no Quadro n.º 9 de realçar a maior frequência de resposta na área do conhecimento.

Quadro n.º 9 - “Ganhos” percecionados pelos voluntários

“GANHOS”	CONHECIMENTO						
	Conhecimento	Área relacional e da comunicação	Pelo maior conhecimento da realidade do idoso	Mais experiência em estar com idosos	Maior sensibilidade à problemática do idoso	Crescimento pessoal	Gratificação pela satisfação dos idosos
Nº Voluntários (%)	2 (25%)	3 (27,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	2 (25%)

Voluntariado em Centro de Dia e no domicílio

Foi aplicada a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III), com os critérios referidos anteriormente aos idosos em Centro de dia e domicilio, resultados representados no Quadro n.º 10.

Quadro n.º 10 - Escala da solidão aplicada às pessoas idosas no início do projeto.

SCORE	SCORE ENTRE 18- 36	SCORE ENTRE 37 - 72	NAO APLICAVEL
N.º PESSOAS IDOSAS EM CENTRO DE DIA (%)	5 (46%)	3 (27%)	3 (27%)
N.º DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO (%)	2 (17%)	8 (66%)	2 (17%)

Como se pode verificar a maioria das pessoas idosas (onze) apresenta um score elevado (com maior relevância no domicílio), que significa uma menor satisfação social, justificando a nossa intervenção pelo impacto negativo que a solidão tem no bem-estar individual e da comunidade.

Voluntariado em Centro de Dia

A avaliação do impacto do projeto neste grupo foi realizada pela aplicação de um questionário de satisfação, onde constavam sete perguntas fechadas e uma aberta. Responderam a este questionário a totalidade de idosos alvo deste projeto (onze) em Centro de dia.

Em relação às perguntas fechadas as primeiras quatro foram adaptadas da escala de solidão ao projeto de voluntariado implementado, em que as hipóteses de resposta eram: Nunca; Às vezes e Sempre. As perguntas colocadas foram:

- “O serviço/acompanhamento do voluntário tem ido ao encontro das suas expectativas?” – A resposta foi unanime 100% das pessoas idosas responderam Sempre; assim foi superado a meta do indicador traçado - Nº de pessoas idosas em que o serviço/acompanhamento do voluntario vai ao encontro das suas expectativas/ Nº total de pessoas idosas x 100 = 90%.
- “Sente que é realmente compreendido pelo voluntário?” – Todos (100%) responderam Sempre; superando a meta do indicador - Nº de pessoas idosas que se sentiam compreendidas pelos voluntários/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%
- “Quando está na companhia do voluntário não partilha com ele os seus interesses e ideias?”- A totalidade (100%) das pessoas idosas responderam Nunca, significando que todos partilham, assim foi superada a meta do indicador – Nº de pessoas idosas que referem partilharem os seus interesses e ideias com os voluntários/ Nº total de pessoas idosas x 100 = 90%
- “Quando está na companhia do voluntário sente-se excluído(a)?” – Ao que responderam Nunca 100% das pessoas idosas, superando a meta proposta - Nº de pessoas idosas que se sentem “incluídas” na presença do voluntário/ Nº total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%
- “Quando está na companhia do voluntário sente-se: Mal; Nem bem/ Nem mal; Bem?” – Responderam Bem 100% das pessoas idosas, superando a meta - Nº de pessoas idosas que

se sentem bem na companhia do voluntário/ N.º total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%.

- “Concorda com este projecto de voluntariado?” Com a possibilidade de resposta Sim ou Não – 100% referiu que Sim.

- “Acha que tem vantagem ser uma enfermeira a responsável pelo projeto?” Com a possibilidade de resposta Sim; Seria Igual e Não – Todos (100%) referiram que Sim.

Quanto à pergunta aberta “Críticas ou sugestões” obteve-se várias respostas representadas no Quadro n.º 11.

Quadro n.º 11 - Críticas ou sugestões das pessoas idosas de Centro de Dia

Críticas ou sugestões	Desejo de continuidade	Que houvesse mais voluntários	O projeto é útil para todos	O tempo passa depressa, é uma distração	Bem-estar (“Faz-nos sentir bem”)
N.º Pessoas Idosas (%)	8 (72%)	2 (18%)	2 (18%)	1 (10%)	2 (18%)

Da análise do quadro n.º 11 salienta-se o desejo de continuidade do projeto por parte das pessoas idosas e o relatado da expressão de bem-estar que vai ao encontro da finalidade do projeto em resposta ao diagnóstico de enfermagem. De ressaltar que os utentes nesta pergunta aberta descreveram também a sua opinião sobre o projeto.

Embora houvesse relutância à nossa presença inicialmente por parte da direcção da IPSS, a adesão dos utentes às atividades propostas e a sua satisfação em relação ao projeto implementado é visível através da avaliação do impacto do projeto por parte das pessoas idosas que o integraram. No final do estágio por falta de recursos humanos na UCC deu-se término à continuidade do projeto em Centro de Dia, embora a direcção da instituição expressa-se verbalmente o desejo da sua permanência.

Voluntariado no domicílio

No âmbito domiciliário foram sinalizadas/ referenciadas (Anexo II) dezasseis pessoas idosas através dos parceiros comunitários e/ou pela família incluindo o próprio utente que pode dirigir-se ao Centro de Saúde Extensão Ramalhal, Junta de Freguesia do Ramalhal e Farmácia preenchendo a primeira página da Ficha do Idoso (Anexo XII) que serve de inscrição. O Quadro n.º 12 explicita utentes e entidade que os referenciou.

Quadro n.º 12 - Pessoas idosas por entidades referenciadoras

ENTIDADE	GNR	UCC (Cuidados Continuados)	FAMILIA/ UTENTE	IPSS DO RAMALHAL
N.º PESSOAS IDOSAS (%)	3 (19%)	4 (25%)	4 (25%)	5 (31%)

Todas (100%) as pessoas idosas sinalizadas/ referenciadas receberam uma visita domiciliária de avaliação inicial, atingindo-se a meta do indicador pretendido - Nº de visitas domiciliárias de avaliação inicial / de pessoas sinalizadas nº x100 = 100%. Quatro utentes recusaram integrar o projeto. Dos restantes 12 utentes foram agendadas e realizadas visitas domiciliárias para apresentação do voluntário e assinatura do contrato entidade/utente/voluntário (Anexo XIV). Nesta visita os voluntários deram início ao preenchimento da Ficha do voluntário referente ao idoso de que ficou responsável (um dos vários documentos de suporte deste projeto) (Anexo VII).

Das pessoas idosas sinalizadas/ referenciadas destacaram-se os seguintes critérios de fragilidade/ referenciação explicitado no Quadro n.º 13 de salientar que uma pessoa pode ser sinalizada com mais do que um critério.

Quadro n.º 13 - Pessoas idosas sinalizadas por critérios de fragilidade/ referenciação

Crítérios de fragilidade/ referenciação	Idade superior a 65 anos	Viver só	Viver com pessoa com mais de 65 anos	Sem apoio Social	Sem apoio familiar	Apoio familiar insuficiente	Apoio social insuficiente	Isolamento Geográfico	Limitado ao domicílio
Nº Pessoas Idosas (%)	15 (94%)	6 (38%)	4 (25%)	5 (31%)	4 (25%)	12 (75%)	1 (6%)	2 (13%)	6 (38%)

Apresenta maior relevância nesta população sinalizada os critérios de idade (mais de 65 anos), de 63% viver só ou na companhia de outra pessoa com mais de 65 anos; de 56 % não terem nenhum apoio familiar nem social; o isolamento geográfico também marca a sua presença abrangendo 13% dos idosos referenciados e 38% encontravam-se limitados ao domicílio.

Das reuniões de equipa multisectorial surgiram estratégias de atuação, uma das mais comuns era a programação de visitas domiciliárias conjuntas foram programadas sete visitas (seis com a GNR e uma com a Assistente Social), as sete foram realizadas (100%), superando a meta do indicador - Nº de visitas domiciliárias executadas com parceiros/ Nº de visitas Domiciliárias programadas com parceiros x 100 = 90%.

Foram detetadas com necessidade de encaminhamento quinze pessoas idosas, nove para a equipa da segurança, três para a equipa da UCC (cuidados continuados, cuidados médicos) e dois para a equipa social. Todos (100%) os encaminhamentos foram realizados, atingindo a meta do indicador - Nº de pessoas encaminhadas / Nº de pessoas detetadas com necessidade de encaminhamento x 100 = 100%.

O questionário de avaliação do impacto do projeto no idoso (Anexo XV) foi aplicado apenas a quatro pessoas idosas que integraram o projeto com capacidade de resposta; foram excluídas três pessoas que no momento estavam sobre o efeito de álcool ou pelo estado demencial não apresentavam discurso coerente e cinco por não terem usufruído de três

contactos com o voluntário. A avaliação foi realizada pela aplicação de um questionário de satisfação igual ao que foi aplicado aos utentes em Centro de Dia.

Em relação às perguntas fechadas as primeiras quatro (adaptadas da escala de solidão), em que as hipóteses de resposta eram: Nunca; Às vezes e Sempre. As perguntas colocadas foram:

- “O serviço/accompanhamento do voluntário tem ido ao encontro das suas expectativas?” – Três (75%) das pessoas idosas responderam Sempre e uma (25%) Às vezes; foi considerado que se atingiu a meta do indicador por não existir respostas negativas (Nunca) - N^o de pessoas idosas em que o serviço/accompanhamento do voluntario vai ao encontro das suas expectativas/ N^o total de pessoas idosas x 100 = 90%.
- “Sente que é realmente compreendido pelo voluntário?” – Os quatro (100%) utentes responderam Sempre; superando a meta do indicador - N^o de pessoas idosas que se sentiam compreendidas pelos voluntários/ N^o total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%
- “Quando está na companhia do voluntário não partilha com ele os seus interesses e ideias?”- Três (75%) das pessoas idosas responderam Nunca e uma (25%) Às vezes, foi considerado que a meta do indicador foi atingida – N^o de pessoas idosas que referem partilharem os seus interesses e ideias com os voluntários/ N^o total de pessoas idosas x 100 = 90%.
- “Quando está na companhia do voluntário sente-se excluído(a)?” – Todos (100%) responderam Nunca, superando a meta proposta - N^o de pessoas idosas que se sentem “incluídas” na presença do voluntário/ N^o total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%
- “Quando está na companhia do voluntário sente-se: Mal; Nem bem/ Nem mal; Bem?” – Todos (100%) responderam Bem, superando a meta - N^o de pessoas idosas que se sentem bem na companhia do voluntário/ N^o total de pessoas idosas abrangidas x 100 = 90%.
- “Concorda com este projecto de voluntariado?” Com a possibilidade de resposta Sim ou Não – 100% referiu que Sim.
- “Acha que tem vantagem ser uma enfermeira a responsável pelo projeto?” Com a possibilidade de resposta Sim; Seria Igual e Não – Todos (100%) referiram que Sim.

Quanto à pergunta aberta “Críticas ou sugestões” obtiveram-se as respostas representadas no Quadro n.º 14.

Quadro n.º 14 - Críticas ou sugestões das pessoas idosas em contexto domiciliário

Críticas e sugestões	Desejo de continuidade	“É a maior alegria virem cá”	Mais horas de voluntariado	Bem-estar
N.º Pessoas idosas (%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)	1 (25%)

Como em contexto de Centro de Dia os idosos também referem o desejo de continuidade do projeto e expressão a sensação de bem-estar.

Todos os resultados foram apresentados em reunião de parceiros e no grupo de voluntários.

3 - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A Prática Baseada na Evidência aplicada à enfermagem “...inclui a melhor evidência disponível proveniente de uma série de fontes, incluindo estudos de investigação, evidência decorrente da experiência e perícia em enfermagem e de líderes da comunidade” (STANHOPE, LANCASTER, 2011, p. 291).

Refletir sobre a ação surge como meio facilitador de integração da teoria na prática como processo contínuo, implicando a procura de estratégias para um desempenho mais eficaz, fundamentado cientificamente com base no conhecimento disponível, para tal podemos utilizar a Revisão Sistemática da Literatura. Entendendo-se por Revisão Sistemática uma síntese dos resultados da investigação de um determinado tema utilizando um método rigoroso de procura, análise, avaliação e síntese. Recorreu-se à formulação de uma pergunta no formato PI[C]O. A formulação da pergunta neste formato pretende estruturar a abordagem nas bases de dados, perante o problema em estudo, enunciando a População (P) que deve ser restrita a um grupo com características comuns, a Intervenção (I) do enfermeiro, a Comparação (C) que não sendo de presença obrigatória não é contemplada neste trabalho e Outcome (O) ou seja os resultados.

A plataforma de pesquisa utilizada foi a EBSCO nas seguintes bases dados: CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection; Cochrane Review; MedicLatina(tm); MEDLINE® with Full Text.

Selecionados como limitadores na pesquisa: texto completo em PDF; friso cronológico junho 2008 – junho 2013 (5 anos); resumo disponível; língua inglesa; Prática Baseada na Evidência; humano; qualquer autor é enfermeiro e faixa etária > 65 anos.

Formulada a pergunta PI[C]O: **Quais as intervenções de enfermagem na promoção de parcerias na comunidade (I) para melhorarem o bem-estar (O) da pessoa idosa?** As palavras-chave foram: nurs*; elderly; wellness e community partnership e realizada pesquisa na MeSH Browser (2013, URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) a 22/6/2013 verificou-se que as duas ultimas não eram descritoras, no entanto pela sua relevância em termos de resultado da intervenção de enfermagem foram na mesma seleccionadas como palavras-chave. Foi realizada pesquisa na Plataforma, nas bases de dados e critérios já referidos de que resultou um artigo: Matthews, R. L., Parker, B., Drake, S.(2012). HEALTHY AGER: An Interprofessional, Service-Learning, Town-and-Gown Partnership. Nursing Education Perspectives, 33, pp.162-165. Consultado em 22/6/2013.

No entanto por se considerar que bem-estar um termo muito amplo e subjetivo, procedeu-se à reformulação da pergunta PI[C]O de forma a enquadrar-se no trabalho desenvolvido. Emergiu a seguinte pergunta por ir ao encontro não só ao que foi desenvolvido

em estágio como ao diagnóstico de enfermagem levantado: "**Que intervenções de enfermagem (I) respondem às necessidades (O) da pessoa idosa com solidão?**" A pesquisa foi realizada com os mesmos filtros e na mesma Plataforma utilizando as mesmas bases de dados a 03/08/2013, as palavras-chave utilizadas foram: nurs*; needs; elderly; loneliness (ANEXO XVII). Realizada pesquisa na MeSH Browser (2013, URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), verificou-se que todas as palavras são descritoras. A hierarquização das palavras foi realizada consoante o número de artigos existentes nas bases de dados (sendo a primeira a que continha maior número de artigos e a última o menor), depois realizada a sua conjugação (ANEXO XVIII) resultaram nove artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (ANEXO XIX) foram selecionados para o estudo cinco artigos representados no Quadro n.º 15.

Quadro n.º15 -Artigos que resultaram das bases de dados científicas

ARTIGO	AUTORES/ PUBLICAÇÃO/ ANO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA Rating System for the Hierarchy of Evidence (From Melnyk & Fineout-overholt, 2005).	SELEÇÃO DE ARTIGOS
Perceived basic needs and resources for the elderly in the peri-urban and rural communities in the Hhohho region in Swaziland.	Mabuza, EM; Poggenpoel, M; Myburgh, C. Curationis [Curationis] , 2010, vol.33 (1), pp. 23-32	Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).	Incluído
Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents	Brownie, Sonya; Horstmanshof, Louise Nursing Ethics . 2012, Vol. 19 Issue 6, pp.777-786.		Contexto é em Idosos institucionalizados - Excluído
Struggling in an inescapable life situation: being a close relative of a person dependent on home enteral tube feeding.	Larsson, Maria; Athlin, Elsy Journal of Clinical Nursing , 2012, Vol. 21 Issue 7/8, pp.1051-1059.		População em estudo é o cuidador – Excluído.
Association between self-reported care needs and the allocation of care in Norwegian home nursing care recipients.	Saevareid HI; Thygesen E; Lindstrom, TC; Nygaard, HA International Journal Of Older People Nursing [Int J Older People Nurs] , 2012, Vol. 7 (1), pp. 20-8. Date of Electronic Publication: 2010	Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).	Incluído
Experience of loneliness in Iranian abused elders.	Rejeh, N; Foroughan, M; Vaismoradi, M. International Nursing Review , 2012, Vol. 59 Issue 1, pp.139-145.	Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).	Incluído

Systematic review of the emotional state and self-management of widows	Holm, Anne Lise; Severinsson, Elisabeth. Nursing & Health Sciences , 2012, Vol. 14 Issue 1, pp109-120.		Excluído por população em estudo ser apenas idosos do sexo feminino
Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention.	Leung, Rincy; Ho, Suki. Journal of Advanced Nursing , 2012, Vol. 68 Issue 2, pp.312-321		Excluído por estudo ser em idosos institucionalizados
Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers.	Eloranta, S; Arve, S; Isoaho, H; Welch, A; Viitanen, M.; Routasalo, P Journal of Clinical Nursing , 2010, Vol. 19 Issue 5/6, pp.847-855	Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).	Incluído
Personal resources supporting living at home as described by older home care clients.	Eloranta, S; Routasalo, P; Arve, S. International Journal Of Nursing Practice [Int J Nurs Pract] , 2008; Vol. 14 (4), pp. 308-14	Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).	Incluído

4 - ANÁLISE REFLEXIVA

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão da prática desenvolvida à luz da conceptualização, dos resultados que emergiram da RSL através da pergunta em formato PI[C]O (fichas resumo e tradução de artigos selecionados encontram-se no Anexo XX) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

A saúde da comunidade tem sido alvo de atenção por parte de vários intervenientes e setores. Esta intenção tem-se acentuado ao longo das últimas décadas, no intuito de se obter mais saúde para todos ao longo do ciclo de vida, de acordo com as directrizes estabelecidas na DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978).

O Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e é determinante em todo o restante processo de intervenção comunitária nesta área. Partir das necessidades de saúde identificadas numa comunidade baseando-se nos seus determinantes da saúde, bem como nos recursos existentes e mobilizáveis é um imperativo ético mas também uma exigência deontológica, nomeadamente no que se refere à intervenção dos enfermeiros nesta área de prestação de cuidados de saúde. (DUARTE, 2010). Corroborando, torna-se cada vez mais importante proceder à realização do Diagnóstico de Saúde da Comunidade.

MABUZA; POGGENPOEL; MYBURGH (2010) referem que os idosos fazem parte de um grupo em que as necessidades básicas não são completamente compreendidas, é um desafio para a comunidade de enfermeiros estudar as suas necessidades respondendo de forma adequada e eficaz.

Após a realização do Diagnóstico de Saúde da Comunidade e baseados no Modelo Sistémico de Neuman procedeu-se ao Diagnóstico de enfermagem da Comunidade – **Bem-estar da comunidade comprometido pela fraca participação comunitária, manifestada por pouco voluntariado para idosos.**

Segundo Neuman a enfermagem vê a pessoa como um todo, preocupa-se com todas as variáveis que influenciam a resposta que a pessoa pode ter perante um stressor e atua consoante as necessidades desta, através da prevenção primária, secundária ou terciária, pretendendo o nível máximo de bem-estar, promovendo o equilíbrio do sistema. Neuman desenvolveu o modelo de sistemas holístico, com uma visão global dos aspectos fisiológicos, psicológicos, sócio-culturais e desenvolvimentistas das pessoas; é um sistema aberto em enfermagem, considerada como força unificadora, que identifica a complexidade do todo, valorizando a importância das partes que o compõem. PIRES (2007). Esta é a fonte/ base da intervenção de enfermagem na comunidade neste percurso.

MABUZA et al. (2010) também salientam que a prevenção de doenças e a promoção da saúde podem ser a resposta às necessidades básicas dos idosos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº128/2011), nesta fase evidencia as suas competências ao proceder à elaboração do Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade; à vigilância epidemiológica de fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica e ao estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade.

Como resposta ao diagnóstico de enfermagem levantado era importante, pertinente e viável elaborar e implementar um projeto de voluntariado envolvendo toda a comunidade local e regional na resolução do seu próprio problema.

MABUZA et al. (2010) realçam a importância da enfermagem desenvolver a longo prazo uma abordagem multidimensional para a melhoria da qualidade de vida e da saúde do grupo de idosos negligenciados, salientam ainda que os contactos com os amigos e familiares devem ser otimizados de forma a evitar a solidão e a depressão. O estudo desenvolvido pelos mesmos autores identifica a necessidade de companhia nos idosos devido à solidão.

SAEVAREID; THYGESEN; LNDSTROM; NYGAARD (2012) no seu estudo referem o risco elevado para a prática de enfermagem de não relevar as necessidades emocionais como o sofrimento e a solidão; que esta deve ter em consideração as queixas subjetivas e problemas emocionais das pessoas idosas com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida e manter a independência. O mesmo estudo sugere que deve ser alvo de discussão as prioridades dos recursos nos cuidados de enfermagem no domicílio por ser dada baixa prioridade aos aspetos subjetivos da vida dos pacientes. Corroborando, ELORANTA; ARVE; ISOAHO; VIITANEM; ROUTASALO (2010) no seu artigo referem que os cuidados domiciliários estão mais direcionados para os clientes com maiores necessidades nas atividades de vida diárias, ignorando tendencialmente serviços que apoiem as suas necessidades psicossociais, realçando a necessidade de uma avaliação e gestão de cuidados com visão mais holística da situação do idoso porque são pessoas com maior risco de solidão, depressão, isolamento social e diminuição da mobilidade.

Com este projeto (na vertente domiciliária) há a possibilidade através das parcerias criadas ter maior noção da população idosa na área geográfica abrangente, fazer uma avaliação da situação através da visita domiciliária (dezasseis visitas domiciliárias), proceder a encaminhamentos necessários (UCC; Médico de Família; Enfermeiro da UCSP; GNR; Assistente Social) após o levantamento de necessidades (foram realizados respetivos encaminhamentos para quinze pessoas idosas); discutir e encontrar estratégias de intervenção em reuniões mensais de parceiros, em prol da pessoa idosa (incluindo programação de visitas domiciliárias conjuntas).

As pessoas idosas que fiquem integradas no projeto do voluntariado recebem visita domiciliária periódica da enfermeira responsável pelo projeto e dos voluntários consoante o tipo de serviço de voluntariado pretendido. A visita da enfermeira depende: se a pessoa idosa tiver MDA superior ou igual a sete (ou mesmo inferior mas que esteja limitada ao domicílio) e por esse motivo já foi integrada em cuidados continuados da UCC, recebe uma visita mensal; as que recebem apoio do voluntariado no âmbito da companhia no domicílio e para incentivar a adesão ao regime terapêutico, a visita é trimestralmente; as pessoas idosas que usufruem

deste projeto para acompanhamento a consultas, exames complementares de diagnóstico e outros, a visita é semestralmente. De salientar que os voluntários e as pessoas idosas/família ficam com o contacto telefónico de serviço da enfermeira para contacto sempre que seja necessário.

Segundo (STANHOPE; LANCASTER, 2011), a utilização do processo de enfermagem tendo em conta a comunidade como cliente, faz parte deste o envolvimento direto da comunidade com o início do contrato ou parceria com esta, que incluem a apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Assim deu-se continuidade ao envolvimento da comunidade como principal parceira desde o momento do diagnóstico de saúde participando neste ativamente não só na colheita de dados por questionário (Diagnóstico de Saúde), mas também no fórum comunitário, neste último dando contributos positivos para a formação de um grupo de voluntários, mantendo-se envolvida no processo e comprometendo-se após término do estágio a continuidade do projeto.

NEUMAN (1982) citada por BEDDOME (1995), olha a comunidade como cliente, em que a linha de resistência – são os recursos disponíveis internos ou externos, fazendo com que o sistema se recomponha nos períodos que o stressor entra pela linha normal de defesa do sistema, provocando períodos de desequilíbrio/ instabilidade – este é um objetivo deste projeto, de forma que a comunidade encontre o seu próprio equilíbrio, bem-estar/ saúde, maximizando esses recursos promovendo a participação comunitária no âmbito do voluntariado para o idoso.

Foram mobilizados recursos humanos e materiais já existentes na comunidade (elementos do Voluntariado Organizado de Torres Vedras; elementos da equipa da GNR; Animador Social residente na área, voluntários, espaço físico da IPSS e da paróquia, entre outros). Corroborando com IMPERATORI; GERALDES (1982) ao referirem que planeamento da saúde pode definir-se como a racionalização de recursos, com intenção de atingir os objetivos delineados, visando a redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando assim, a coordenação de esforços vindos de diversos setores socio-económicos.

Criaram-se parcerias (GNR e IPSS) para que com estratégias comuns e complementares fosse mais eficaz a resposta a esta necessidade da comunidade. Deste modo as necessidades dos idosos a nível da saúde, segurança e social seriam atendidas com maior eficácia.

MABUZA et al. (2010) no seu estudo dão ênfase à importância dos enfermeiros comunitários assumirem liderança em pesquisas sobre a promoção da saúde na prática clínica, protocolos, parcerias comunitárias e programas de forma a unir esforços para dar resposta às necessidades básicas dos idosos. O mesmo estudo refere que todos devem criar oportunidades para promover um envelhecimento saudável por trabalharem em equipa multidisciplinar frequentemente e ainda que a enfermagem comunitária para prevenir abusos deve de trabalhar com organizações contra o abuso.

“ A parceria comunitária é necessária porque os membros leigos da comunidade têm interesses no sucesso dos esforços para melhorar a saúde da comunidade” (CONSTANCE et al, 2002 citado por STANHOPE, LANCASTER, 2011, p.363).

Segundo OE (2011) parceria para a promoção da saúde é uma aliança/ colaboração entre duas ou mais partes que pretendem atingir metas decididas conjuntamente.

A Promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua saúde e qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo, deste modo não é responsabilidade única do setor da saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA,1986)

No estudo sobre a perceção das necessidades e recursos básicos para os idosos (nas comunidades peri urbanas e rural da região Hhohho em Suazilândia) emergiram as seguintes necessidades: de recursos (devido à pobreza); apoio (justificada pelo encargo de cuidar dos netos...); cuidados de saúde (relacionada com os desafios atuais); companhia (por causa da solidão) e de segurança (devido ao abuso). (MABUZA et al., 2010) – Estes tipos de necessidades podem-se agrupar na vertente da saúde, da segurança e do social, a destacar a necessidade de companhia que pode englobar as três vertentes. Estas três vertentes foram contempladas no projeto por serem sentidas as mesmas necessidades, na área da segurança acrescentando o isolamento geográfico.

Desta forma emergiram as Competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011), como estabelecer programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

O envelhecimento, segundo o PNSPI (2004), é um fenómeno que diz respeito a todos, representando um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas das pessoas idosas. Corroborando e alertando para as mudanças atuais na sociedade, MABUZA et al (2010) referem que a urbanização e desintegração da família ameaça a segurança dos idosos, estas mudanças fazem emergir uma nova dimensão em relação ao cuidado e bem-estar dos idosos, tornando-se um desafio e uma preocupação para as comunidades, para os enfermeiros comunitários, Ministério da Saúde e Segurança Social.

Envolver toda a comunidade em prol da resolução do seu problema com conhecimento no âmbito do voluntariado para o idoso, foi um desafio. Foi viável criar, formar e gerir um grupo de voluntários aproveitando os recursos humanos e físicos da própria comunidade. Participaram na sua formação várias entidades com conhecimentos em áreas distintas (saúde, voluntariado, segurança, animação). No final das formações das voluntárias verificou-se que houve aquisição de conhecimentos. Este grupo prestou serviços no âmbito do voluntariado: companhia no domicílio, companhia a consultas/ exames complementares de diagnóstico/compras e de vigilância de saúde (a que ficaram responsáveis duas voluntárias com formação em enfermagem) e em Centro de Dia na IPSS local através de atividades lúdicas entre outras, que promovessem a interação entre os idosos.

ELORANTA; ROUTASALO; ARVE (2008) revelam no seu estudo que as pessoas idosas aumentam os seus recursos participando em várias atividades, aqueles que fisicamente são

ativos relatam altos níveis de bem-estar de forma similar àqueles que participam em atividades sociais; salientam que o isolamento social pode levar à institucionalização precoce, à solidão e à depressão da pessoa idosa. O mesmo estudo relata que nos idosos em que as visitas dos familiares eram escassas ou por já não terem familiares, os contactos com os amigos e os profissionais de cuidados domiciliários eram essenciais; os idosos referiram que precisavam de alguém para conversar e que as visitas regulares dos profissionais eram do seu agrado reforçando o sentimento de segurança. Ao encontro deste estudo apresenta-se o resultado da avaliação do projeto por parte das pessoas idosas, entre outros itens, todas concordam com a sua implementação e 100% referem sentirem-se bem na presença do voluntário. De salientar que mesmo na pergunta aberta em que se pediam críticas ou sugestões as respostas que mais se salientaram foram o desejo de continuidade do projeto e as pessoas idosas acabaram por exprimir o seu sentir em relação ao projeto referindo bem-estar “Faz-nos sentir bem.”..., “ É a maior alegria, virem cá.”

ELORANTA et al. (2010) no seu artigo salienta a necessidade dos profissionais terem uma mente aberta e ouvirem os seus clientes sobre o que consideram relevante nos seus cuidados e adaptarem-se; referindo que a melhoria no atendimento domiciliário e da sua qualidade devem ser medidos e avaliados envolvendo os clientes idosos neste processo.

O facto do projeto se enquadrar nas expectativas das voluntárias e estas referirem que se sentem motivadas para dar continuidade ao mesmo no âmbito domiciliário (no Centro de Dia o Voluntariado teve término no final do estágio), significa que estamos a interferir positivamente para o bem-estar da comunidade em relação à participação comunitária no âmbito do voluntariado para o idoso (comunidade que verbalizou no fórum comunitário o seu sentir, reforçando o diagnóstico de saúde em curso no momento).

A OE (2011) fundamentando-se no Regulamento nº 128/2011, refere que os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco as respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde da população, grupos e comunidade, nomeadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista ao empowerment e à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

Nesta fase emergiram algumas das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011) como liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania; integrar nos processos de mobilização e participação comunitária conhecimentos de diferentes disciplinas; participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos programas de saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

De forma a conseguir avaliar o bem-estar da pessoa idosa e tendo em conta que 63% vivem sós ou na companhia de outra pessoa com mais de 65 anos; de 56 % não terem nenhum apoio familiar nem social; o isolamento geográfico abranger 13% dos idosos referenciados e 38% encontravam-se limitados ao domicílio, considerou-se que era importante avaliar a solidão. Considerando a solidão um agente stressor que pode por em risco o

equilíbrio do sistema e consecutivamente a sua saúde/ bem-estar. Definindo solidão "... uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada..."(FERNANDES, 2007 citando ROOK, 1984).

Corroborando com esta ligação da solidão sobre o bem-estar, REJEH; FOROUGHAN; VAISMARADI (2012) referem no seu estudo que a solidão é um dos principais indicadores de bem-estar social (através de sentimentos de abandono, vazio e desamparo) e ELORANTA et al. (2010) afirmam que o bem-estar psicológico pode ser avaliado por diversos critérios entre outros a presença de depressão, satisfação com a vida e a solidão. Os autores evidenciam assim que ao avaliar a solidão (consoante o seu score) é um indicador de maior ou menor bem-estar.

A solidão pode estar associada a inúmeros fatores, MABUZA et al. (2010) associa-a à falta de companhia e de apoio social; SAEVAREID et al. (2012) referem que os sentimentos de solidão estavam relacionados com maior incapacidade nas atividades de vida diária. REJEH et al. (2012) salientam no seu estudo que o abuso a uma pessoa idosa tem-se mostrado o principal fator que contribui para a solidão. Nas pessoas idosas alvo deste projeto de voluntariado é evidente a falta de companhia e de apoio social, assim como a incapacidade nas atividades de vida diárias (de acordo com os critérios de referenciação e de fragilidade sinalizados).

REJEH et al. (2012), no seu estudo os participantes descreveram pelas suas próprias palavras solidão, emergiram três temas: "sentimento de dor e sofrimento"; "sentimento de ser estranho" e "sentimento de privação". Referenciam outros estudos que descrevem solidão como uma reação às circunstâncias da vida, como a experiência de perda, abandono, privação, conflito social, pobreza, baixos rendimentos e falta de apoio social. A combinação de abuso, velhice e privação aumentou o sofrimento e a dor assim como a experiência de solidão. Salienta o resultado de outros estudos em que se verifica a associação entre estigma e solidão, noutros, o facto de pessoas que experimentam a solidão terem um maior nível de dependência.

Foi aplicada a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III) às pessoas idosas que integraram o projeto em centro de dia e no domicílio (representado anteriormente no Quadro n.º10), revela que as pessoas alvo do projeto no domicílio apresentavam um maior score, significando menor satisfação social. Os resultados obtidos justificam a nossa intervenção pelo impacto negativo que representam no bem-estar individual e da comunidade, viabilizando a continuidade do projeto no âmbito domiciliário (em que o score de solidão das pessoas idosas é mais elevado).

ELORANTA et al. (2010) no seu estudo mostra que os profissionais têm dificuldade em identificar os clientes idosos com baixo bem-estar psicológico, realçando a necessidade destes utilizarem ferramentas de avaliação deste bem-estar tendo em conta as perspectivas do cliente. Corroborando com os autores neste projeto de voluntariado foi aplicada a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989), tanto em Centro de Dia como no Domicílio, pretendeu-se diminuir o sentimento de solidão com diminuição do Score da Escala de solidão (Meta de Indicador a avaliar entre 6-12 meses após o início do projeto: Nº de pessoas idosas com diminuição do score da Escala de Solidão/ Nº de

pessoas idosas integradas no projeto x 100 = 80%). Foi aplicado no final do projeto um questionário de avaliação do seu impacto aos voluntários e às pessoas idosas. Nas pessoas idosas o questionário continha quatro perguntas adaptadas da escala de solidão à intervenção dos voluntários até ao momento, para avaliarmos como está a ser percebido o nosso acompanhamento, revelando-se positivo. Referiram nesse questionário maioritariamente que concordavam com este projeto (pedindo continuidade, referindo bem-estar,...) e referem que tem vantagem ser uma enfermeira a coordenar o projeto.

Nesta fase foi desenvolvida a Competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011) de avaliar programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

ELORANTA et al (2010) apresentam no seu estudo algumas considerações relevantes para a prática clínica, numa perspetiva de enfermagem para o planeamento de cuidados domiciliários e intervenções de enfermagem, entre as quais refere que os profissionais precisam de treino para poderem acompanhar e avaliar as suas intervenções através de visitas domiciliárias regulares, de uma avaliação sistemática e intervenções eficazes tendo presente as necessidades individuais do cliente; na prática precisam de ferramentas válidas de avaliação multidisciplinares incluindo a avaliação do cuidado.

Nesta reflexão da prática desenvolvida à luz da conceptualização, em que foram mobilizados os conhecimentos científicos resultantes da RSL incluindo os artigos/estudos que emergiram da pergunta PI[C]O, verifica-se que dão resposta à pergunta formulada "**Que intervenções de enfermagem (I) respondem às necessidades (O) da pessoa idosa com solidão?**". Verifica-se também que através do projeto desenvolvido permitiu que fossem mobilizadas algumas dessas intervenções com resultados positivos passíveis de serem monitorizados e avaliados.

Torna-se um desafio para a enfermagem avaliar as verdadeiras necessidades (físicas, psicológicas, socioeconómicas, espirituais e de desenvolvimento) da pessoa idosa com solidão, para que em equipa e em comunidade, através da promoção da saúde e da participação comunitária se melhor a saúde/bem-estar do indivíduo e da comunidade.

5- CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico, as alterações no padrão epidemiológico, na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, determinam novas necessidades em saúde, para as quais é urgente organizar respostas mais adequadas. (PNSPI, 2004). Ir ao encontro destas novas necessidades em saúde do indivíduo e da comunidade é um desafio para a enfermagem comunitária.

O enfermeiro que trabalha para e com a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a passagem desse conhecimento para o quotidiano da vida das pessoas.

É preciso passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir nas suas competências para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as criar a nível pessoal, interpessoal e comunitário. (JEREMIAS, RODRIGUES, 2011).

Com o diagnóstico de enfermagem da comunidade (Torres Vedras – freguesia do Ramalhal) – **Bem-estar da comunidade comprometido pela fraca participação comunitária, manifestada por pouco voluntariado para idosos.**- Foram planeadas intervenções de enfermagem na comunidade baseadas no Modelo Sistémico de Betty Neuman por se adequar à prática de enfermagem comunitária. Este modelo tem uma abordagem holística da prática em que qualquer parte do sistema ou sub sistema pode organizar-se como um todo que se interrelaciona e idealmente funciona como um sistema total. (NEUMAN, 1995, p.410, citado por JEREMIAS, RODRIGUES, 2011).

Em resposta a este diagnóstico foi delineado e implementado um Projeto de voluntariado de apoio ao idoso na freguesia do Ramalhal, mobilizando os recursos humanos e materiais da própria comunidade, corroborando com IMPERATORI; GERALDES (1982) definindo planeamento em saúde como a racionalização de recursos com intenção de atingir os objetivos delineados com vista à redução dos problemas de saúde.

Através da promoção da participação comunitária o projeto incluiu oito voluntários e envolveu a GNR e a IPSS como parceiros. A capacitação do grupo de voluntários no âmbito do voluntariado para o idoso revelou-se eficaz com ganhos de conhecimentos no final das formações. Desta forma maximizou-se a potencialidade da eficácia deste projeto na comunidade, que abrangeu onze pessoas idosas em Centro de Dia e doze no Domicílio.

Esta intervenção na comunidade enfatiza o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, corroborando com a OE (2011) este profissional demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão no controlo e identificação dos

determinantes sociais e de saúde das comunidades através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do aumento dos investimentos para melhorar a saúde; da expansão e consolidação das parcerias em prol da saúde; de assegurar para a promoção da saúde infra estruturas; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão. As competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011) foram desenvolvidas, permitindo ao enfermeiro a consciencialização destas competências como atributos que viabilizam os ganhos em saúde na comunidade e permitiram que os objetivos propostos neste estudo fossem alcançados.

De forma a avaliar o bem-estar das pessoas idosas que integraram o projeto foi aplicada inicialmente a ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989) (Anexo III), onde se verificou maior score de solidão nas pessoas que se encontravam no domicílio. Baseados nos estudos da RSL a solidão é um dos indicadores de bem-estar social e psicológico passível de ser avaliado. A escala de solidão neste estudo não foi novamente aplicada pelo limitado tempo de estágio, no entanto como o projeto terá continuidade no âmbito domiciliário deverá ser aplicada entre seis meses a um ano em relação à data inicial.

Através das parcerias realizadas torna-se mais viável ter uma resposta de maior eficácia indo ao encontro das necessidades de saúde, segurança e sociais da pessoa idosa com solidão. Os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem foram monitorizados através de indicadores.

Foram desenvolvidas competências no âmbito da Prática Baseada na Evidência, identificando o conhecimento mais atualizado. Corroborando com o CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (2012), que refere a diferença nos resultados, as desigualdades de saúde e serviços de saúde com baixo desempenho, continuam a apresentar um desafio para os enfermeiros; para colmatar esta desigualdade e diminuir a lacuna entre a evidência e a ação está na forma como utilizamos o conhecimento, torna-se cada vez mais necessário que o maior número de enfermeiros desenvolva competências neste âmbito. O desenvolvimento desta competência foi fulcral para a execução deste trabalho.

O presente estudo vai ao encontro da RSL realizada, incluindo dos resultados que emergiram da PI[C]O, de salientar no entanto o número reduzido de estudos com esta temática publicado por enfermeiros.

Limitação ao estudo – Não foi possível avaliar todos os indicadores pelo tempo limitado de estágio (de fevereiro de 2012 a junho de 2012).

Contributo do estudo para a prática de enfermagem – este estudo demonstra que a promoção da participação comunitária envolvendo a comunidade e reforçando ou criando parcerias melhora a nossa eficácia individual e comunitária no sentido de promover o bem-estar/saúde; que é possível detetar novas necessidades que emergem das alterações demográficas, familiares e outras da comunidade e dar-lhes resposta utilizando instrumentos de avaliação validados de forma a avaliarmos os resultados sensíveis à nossa intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTA COMISSÁRIA DA SAÚDE (2010) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016** [Em linha]. [Consult.2012-02-19]. Disponível em www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/pensarsaude_nr1.pdf

BEDDOME,G. – **Community as client assesment in Neuman, B.- The Neuman Systems Model**. Ohio. Appelton e Lange. 1995. P.567-579

CARTA DE OTTAWA (1986). [Em linha]. [Consult. 2012-01-03]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm

CANCELA, Diana. (2007). **O Processo de envelhecimento**. Porto. Universidade Lusíada do Porto.

CONSELHO INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS (2012). **Combater a desigualdade: da evidência à acção**. Genebra, Suíça.

CONSELHO NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO (sd). Programa de voluntariado (Artigo 9º da Lei nº 71/98, de 3 de Novembro) – Em linha]. [Consult. 2012-02-23]. Disponível em <http://www.voluntariado.pt/left.asp?03.02>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). [Em linha]. [Consult.2012-02-29]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DO VOLUNTARIADO. (2001). Netherlands. [Consult. a 2013-2-16] Disponível em: <http://www.iave.org/content/universal-declaration-volunteering>

DESPACHO n.º 10143/2009. “ D.R. II Série”,74 (2009-04-16) 15438 – 15440

DIAS, Carlos; FREITAS, Mário; BRIZ Teodoro (2007).- **Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar**. [Em linha] [Consult. 2011-11-13]. Disponível em <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001164024724961.pdf>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). **Principais Indicadores de Saúde para Portugal**. [Em linha]. [Consult. 2012-02-18]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

DUARTE, ALBERTO (2010). Curso - Diagnóstico de Saúde da Comunidade. Ponta Delgada: Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada. [Em linha]. [Consult. 2011-12-08]. Disponível em: http://www.esenfpd.uac.pt/uploads/uac_artigo_plugin/ficheiro/ebdf64e0590b4af791ce84a86deade85c7182186.pdf.

ELORANTA, S; ARVE, S; ISOAHO, H; WELCH, A; VIITANEN, M.; ROUTASALO, P. Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. **Journal of Clinical Nursing**. 2010. Vol. 19 Issue 5/6, pp.847-855. [Consult. 2013-8-17].

ELORANTA, S; ROUTASALO, P; ARVE, S. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. **International Journal Of Nursing Practice [Int J Nurs Pract]**. 2008; Vol. 14 (4), pp. 308-314. [Consult. 2013/8/17].

FERNANDES, A., MAGALHÃES, C.P, ANTÃO.C. (2012). **Envelhecimento Ativo**. X JORNADAS DE SAÚDE MENTAL NO IDOSO: Implicações da Saúde Mental no Envelhecimento Ativo. Vila Real. [Em linha]. [Consult. 2013-06-03]. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6797/1/ENVELHECIMENTO%20ACTIVO.pdf>

FERNANDES, Helder Jaime – **Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2007. 191f. Dissertação de Mestrado

GONÇALVES, Júlia (2007) - **Trabalho voluntário é trabalho?** – FUNDAÇÃO APRENDER para educação, cultura, ciência e tecnologia. [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em www.fundacaoaprender.org.br/assets/files/trabalho_voluntario.ppt

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário. (1982). **Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa. Obras Avulsas.

INSTITUTO DE GESTÃO DO FUNDO SOCIAL EUROPEU. (2012). **Em Portugal, mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos**. [Em linha]. [Consult.2012-02-12]. <http://www.igfse.pt/news.asp?startAt=1&categoryID=281&newsID=2722>

JEREMIAS, CRISTINA ROSA; RODRIGUES, FÁTIMA MOREIRA - **O cuidar de enfermagem ao sistema cliente comunidade**. Revista Nursing edição portuguesa. Lisboa. S/ ISSN.263 (2011).

LEI nº 71/98. “DR I SERIE”. 254 (1998-11-3) 5694 – 5696.

LIMA, Cristina. – Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. **Revista Acta Medica Portuguesa**. Porto. II Série Nº 19 (2006) p. 49-54. [Consult. 2012-02-05]. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/049-054.pdf>

LOBO, Liliana (2012) - **Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários**. [Em linha]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Consult.2012-02-05]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312008000200017&script=sci_arttex

MABUZA, E.M., POGGENPOEL, M., MYBURGH C. - Perceived basic needs and resources for the elderly in the peri-urban and rural communities in the Hhohho region in Swaziland. **Curationis [Curationis]**, 2010, 33, pp.23-32. [Consult. 2013-8-17].

MARTINS, Maria – **A Promoção da saúde: percursos e paradigma** – [Em linha]. (2005). ESALD. [Consult. 2011-11-16] Disponível em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>

MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT.(2005). Rating System for the Hierarchy of Evidence

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – **Plano Nacional para a saúde das pessoas idosas**. [Em linha]. [Consult.2012-02-20]. Disponível em www.min-saude.pt/NR/ronlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf

NEUMAN, BETTY (1982). **The Neuman systems model**. (3ª ed.). Stamford. Appleton & Lange.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). **Proposta dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública**. Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. 2012. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

PIRES, Sandra Maria Bastos - **Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2007. 137 f. Dissertação de Mestrado.

REGULAMENTO Nº 128/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8667-8669

REJEH, N; FOROUGHAN, M; VAISMORADI, M - Experience of loneliness in Iranian abused elders. **International Nursing Review**, 2012, Vol. 59 Issue 1, pp.139-145. [Consult. 2013-8-17]

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA Nº 61/2012. "DR I Série". 87 (2012-05-04) 2360

S.a (2011). - **Betty Neuman's System Model**. Nursing Theories a companion to nursing theories and models [Em linha]. (2011) [Consult. 2011-11-12] Disponível em http://currentnursing.com/nursing_theory/Neuman.html

SAEVAREID HI; THYGESSEN E; LINDSTROM, TC; NYGAARD, HA. - Association between self-reported care needs and the allocation of care in Norwegian home nursing care recipients. **International Journal Of Older People Nursing [Int J Older People Nurs]**. 2012, Vol. 7 (1), pp.20-28. [Consult. 2013-8-17].

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública**. 7ª Edição. Lusodidacta

TEIXEIRA, Ilka (2008) - **Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso**. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132

TEIXEIRA, Líliliana Márcia Fernandes – **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação – piloto de um programa de intervenção**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2010. 101f. Dissertação de Mestrado.

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS (2010). **Plano de Acção**. Documento Oficial Não Publicado. Torres Vedras.

VARGAS-MONIZ, Maria; MORGADO, José. **Parcerias e coligações comunitárias: Potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas**. *Análise Psicológica* (2010), 3 (XXVIII): 395-409.

ANEXOS

ANEXO I – Projeto de estágio



PROJETO ESTÁGIO

Elaborado por:

Filipa Nascimento N° 100431007

Orientado por:

Prof.^a Irene Santos

Enf.^a Ana Espírito Santo

Enf.^o Ricardo Abrantes

TORRES VEDRAS

fevereiro 2012

(...) é justamente essa dinâmica da construção coletiva. Quer dizer, é uma tensão bastante grande construir coletivamente uma proposta. É um desafio!

Desconhecido

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	5
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	6
1.1.-DESENVOLVIMENTO DO PROJETO INDIVIDUAL PROPOSTO	9
2- PLANO DE INTERVENÇÃO	14
3- CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
ANEXOS:	18
ANEXO I – Plano de intervenção	19
ANEXO II - Cronograma	29

ABREVIATURAS

Enf.^a - Enfermeira

Enf.^{os} – Enfermeiros

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

SIGLAS

DGS - Direção Geral da Saúde

CMTV – Câmara Municipal de Torres Vedras

CSP – Cuidados de Saúde Personalizados

CHTV- Centro Hospitalar de Torres Vedras

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

GNR – Guarda Nacional Republicana

IGFSE – Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

PNS – Plano Nacional de Saúde

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

INTRODUÇÃO

No âmbito deste Estágio (em que o campo de estágio é a UCC de Torres Vedras), tendo por referência as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (REGULAMENTO nº 128/2011), tem como objetivos: 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. No que diz respeito ao Relatório, os objetivos são: enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática; inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência; fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada; avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas.

Para que estes objetivos sejam atingidos será fundamental:

- Conhecer o Plano de Ação/ Regulamento interno da UCC e o que está preconizado a ser desenvolvido numa UCC;
- Integrar nas atividades desenvolvidas na UCC Torres Vedras;
- Desenvolver o projeto proposto no Estágio;
- Conceptualizar todos os “passos” para concretização do projeto e relatório (Prática Baseada na Evidência).

Uma das formas facilitadoras de organizar todas as atividades será a elaboração de um Plano de Intervenção referente ao Estágio (ANEXO I) e um cronograma (ANEXO II); que serão reestruturados sempre que necessário.

1- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Existem vários tipos de planeamento: o estratégico (plano - mais alargado); o tático (programa - alargado) e o operacional (projeto- mais restrito). Em termos temporais um projeto deve ser delineado por um ano.

Segundo (STANHOPE; LANCASTER, 2011), a utilização do processo de enfermagem tendo em conta a comunidade como cliente, faz parte deste o envolvimento direto da comunidade com o início do contrato ou parceria com esta, que incluem a apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação.

Planeamento em saúde é um processo permanente, contínuo e dinâmico. Corroborando e complementando esta afirmação o PNS 2011-2016 (2010) refere que, o processo de planeamento, estratégia e gestão das políticas de saúde deve ser periódico, iterativo e bastante participado; deve ser claro, fundamentado, monitorizável e avaliado, possibilitando a (re)construção de novos planos que gerem novas opções estratégicas, para uma melhoria cumulativa da saúde das populações e do sistema de saúde .

O planeamento em saúde (incluindo um projeto), tem como fases: diagnóstico de situação; a determinação de prioridades; a fixação de objetivos; a seleção de estratégias; preparação operacional da programação e avaliação.

Segundo (IMPERATORI; GERALDES, 1982), planeamento da saúde pode definir-se como a racionalização de recursos, com intenção de atingir os objetivos delineados, visando a redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, implicando assim, a coordenação de esforços vindos de diversos setores socio-económicos. Segundo estes mesmos autores planear é importante essencialmente por seis razões: os recursos são escassos sendo necessário utilizá-los de forma mais eficaz e eficiente; é preciso intervir nas causas dos problemas; definir prioridades; evitar intervenções isoladas de um determinado setor sem saber o que os outros setores têm previsto nessa área de intervenção; porque há infra estruturas muito caras que podem apoiar simultaneamente vários equipamentos, assim como há equipamentos que podem ter utilizações polivalentes.

Neste projeto referente ao estágio II, a integração na equipa e dinâmica das atividades previstas no Plano da Ação da UCC de Torres Vedras, fazem toda a relevância para atingir os objetivos propostos para este estágio. No DESPACHO n.º 10143/2009, refere:

Entre as unidades funcionais a implementar consta a unidade de cuidados na comunidade (UCC), à qual compete, à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 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, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. (DESPACHO n.º 10143/2009; p.15438)

De acordo com este despacho o Plano de Ação da UCC (UCC Torres Vedras, 2010) refere, que a UCC pretende dar resposta aos utentes tendo em consideração o diagnóstico de saúde da comunidade, intervindo em grupos vulneráveis e de risco, promovendo deste modo a saúde, prevenindo complicações, identificando situações de risco, reabilitando, entre outras. Neste sentido a UCC é constituída por uma equipa multiprofissional, com competências próprias dos seus membros e respeito destas mesmas competências. Deste modo, deseja ser uma “Unidade prestadora de Cuidados de Saúde na Comunidade e para a Comunidade”, privilegiando o trabalho de proximidade com a população e com as diversas organizações, de forma a ir ao encontro das necessidades reais. Ambiciona ser uma unidade que preste cuidados de excelência, sendo a Comunidade / Família / Indivíduo os parceiros principais; tornando-se num dos pilares dos Cuidados de Saúde Primários, em estreita articulação com as outras unidades funcionais e com os hospitais de referência. Assim no Plano de Ação da UCC estão previstos os seguintes “programas”:

- Saúde da criança e do jovem de risco e vulnerável (Visita ao Recém Nascido; Saúde Infante/Juvenil – Intervenção no risco e Vulnerabilidade);
- Saúde da mulher (Saúde Materna - Intervenção no risco; Planeamento Familiar – Intervenção no risco e vulnerabilidade; Cursos de Preparação para a Maternidade e Paternidade pelo Método Psicoprofilático; Ginástica de Recuperação pós-parto; Visita Domiciliária à puérpera; Intervenção com casais no pós-parto);
- Saúde escolar (Implementação de um Projeto que envolve como parceiros, os pais e a escola, e com intervenções nas Escolas Básicas e Jardins de Infância mensais durante o ano letivo; e com o Gabinete da Saúde e Cursos de Educação Sexual nas Escolas Básicas 2/3);

- Programa de prevenção e controlo da diabetes (Rastreios; Sessões de Educação para a Saúde a Grupos com Score Elevado ou muito elevado de risco para Diabetes tipo 2 e seus familiares; Cursos para pessoas que sofrem de Diabetes e seus familiares);
- Programa de prevenção de doenças cardiovasculares (Rastreios; Cursos para pessoas que sofrem de hipertensão e seus familiares);
- Projeto de rastreio do VIH;
- Projeto de cuidados continuados de saúde/ cuidados articulados (o enfermeiro que presta cuidados à pessoa mais dependente/família pode fazer encaminhamentos e visitas domiciliárias conjuntas, com: médico; assistente social da área abrangente e/ou com a do Centro de Saúde de Torres Vedras; enfermeiros especialistas de reabilitação e psicóloga)

Têm projetos de parceria com: equipa de cuidados continuados integrados; equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos; rede social; rendimento social de inserção; comissão de proteção de crianças e jovens; intervenção precoce e programa de apoio integrado a idosos -“dar mais vida à vida”. Neste plano também estão descritos os Recursos Humanos e os Recursos Materiais. No Plano de Ação da UCC estão previstos o programa de melhoria contínua e o programa de desenvolvimento profissional e formação contínua. O Plano de Ação é revisto e sujeito a alterações de três em três anos. (UCC TORRES VEDRAS, 2010).

O plano de ação desta UCC obedece a todos os critérios descritos no início do capítulo, para o sucesso de um “Planeamento em Saúde”.

A UCC de Torres Vedras está integrada no Centro de Saúde de Torres Vedras que pertence ao Agrupamento Centros de Saúde (ACES) do Oeste Sul; abrange toda a população residente do concelho de Torres Vedras 79465 habitantes, agregados em 30198 famílias (Censos, 2011). O concelho de Torres Vedras, com uma área de cerca de 405,89 Km², está dividido em 20 freguesias, incluindo a freguesia de Ramalhal que se encontra a 16,2 kms da sede do concelho e com as novas rodovias a cerca de 50 kms de Lisboa.

1.1 DESENVOLVIMENTO DO PROJETO INDIVIDUAL PROPOSTO

No âmbito da Unidade Curricular- Estágio e Relatório a decorrer na UCC de Torres Vedras, em continuidade ao trabalho aí realizado pelo grupo de mestrados em que foi elaborado um Diagnóstico de Saúde da Comunidade da Freguesia do Ramalhal (que irá ser integrado no Diagnóstico de Saúde da Comunidade do concelho de Torres Vedras), foi-nos proposto a elaboração de um projeto individual relacionado com o percurso realizado anteriormente.

Baseados no Modelo teórico de Betty Neuman de apreciação da comunidade como cliente, recorreu-se ao seu Modelo sistémico para se verificar de que modo os problemas (stressores) afetam o núcleo, prejudicando a harmonia entre os sistemas e a satisfação das necessidades (bem-estar). BEDDOME (1995) referindo-se a Neuman (1982), expõe que a estabilidade da comunidade, consegue-se através dos três níveis de prevenção. Assim, através do Diagnóstico de Saúde da Comunidade da Freguesia do Ramalhal, baseados em Betty Neuman surgiram alguns Diagnósticos de Enfermagem, em que o bem-estar está comprometido entre os quais:

-Bem-estar da comunidade comprometido pela fraca participação comunitária, manifestada/justificada por pouco voluntariado, pouca participação em assembleias de freguesia/municipais (7,02%, cada), fraca participação em Organizações associativas (15,79%) e em atividades religiosas (36,84%).

No Fórum Comunitário, em que a população residente da freguesia do Ramalhal teve a possibilidade de manifestar a sua opinião sobre alguns dos problemas que tinham sido encontrados, através da aplicação do questionário às famílias selecionadas aleatoriamente (e que fizeram parte da nossa amostra), estes validaram este problema e colocaram-no em terceiro lugar como sendo dos mais sentidos pela população com necessidade de resolução (com 7 votos). No fórum foram dados contributos positivos no sentido de se formar um grupo de voluntariado para o idoso (esta faixa etária foi referenciada pela população como sendo a mais necessitada por este tipo de apoio), quer para acompanhamento em casa, acompanhamento nas consultas médicas e ocupação de tempos livres. A enfermeira dos CSP da Extensão do Ramalhal referiu, que tem conhecimento de algumas pessoas que fazem voluntariado por iniciativa própria para acompanhamento de idosos a tratamentos, ficou de questionar essas pessoas se estariam

interessadas em integrar num grupo de voluntariado e posteriormente as referenciar para um dos mestrandos que iriam permanecer neste campo de estágio. Neste fórum também houve partilha da socióloga da CMTV, referindo que existe nesta instituição um grupo de voluntariado organizado e que se fosse necessário algum tipo de orientação que nos poderia encaminhar para quem está à frente deste projeto.

Dados da Direção Geral da Saúde (DGS, 2010), revelam que a Esperança de Vida à Nascimento (2007-2009) Homens é de 75,8 anos e Mulheres 81,8 anos. Assim, devido ao aumento progressivo da Esperança de Vida e aos avanços da medicina, estamos perante uma sociedade cada vez mais envelhecida e conseqüentemente acompanhada por um aumento das doenças mais comuns nesta faixa etária - as doenças crónicas (diabetes, hipertensão,...) e as demências (Parkinson, Alzheimer,...). A freguesia do Ramalhal não foge muito desta realidade, tendo em conta que dos 3182 inscritos em 2011 na Extensão de Saúde do Ramalhal 666 têm mais de 65 anos (20,9%) e destes 343 têm mais de 75 anos (51,5%).

Segundo o IGFSE (2012) baseados em dados do INE e dos Censos 2011, cerca de 400 mil idosos vivem sós e 804 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas.

Segundo Lino Maia numa entrevista no Jornal CONTACTO (2012), foram encontradas mortas em casa, em Lisboa nos últimos quatro anos 300 pessoas, a maioria idosas; em Portugal durante o mês de janeiro foram encontradas mortas 18 pessoas em casa. Segundo a opinião do padre Lino Maia, quando estes casos acontecem "há sempre algo que falha, falha a família, falha a comunidade, a vizinhança, falham todos".

O isolamento dos idosos, acompanhado pelo sentimento da solidão, pode colocar em causa (agindo como stressores) não só o bem-estar destas pessoas, mas também de toda a comunidade que aparentemente inerte perante esta situação, reage, referindo a necessidade de acompanhamento e suporte para esta faixa etária.

Corroborando com objetivo de promoção do bem-estar, o PNS 2011-2016 (2010), salienta que os sistemas de saúde são cada vez mais, um elemento fulcral de proteção social e redução das injustiças, dando um contributo da grande importância para a coesão, justiça e bem-estar social. Na Declaração de ALMA-ATA (1978), dá-se ênfase à aquisição e à promoção da máxima autoconfiança e participação comunitária e individual, no planeamento, organização, operação e controle dos cuidados de saúde primários, utilizando os recursos possíveis e disponíveis, locais, nacionais e outros, para que se desenvolvam através da educação apropriada a capacidade de participação das comunidades.

Perante tudo o que foi descrito, é viável, pertinente e necessário a elaboração de um projeto de intervenção de voluntariado para o idoso, por forma a dar resposta à comunidade em relação a este problema real e sentido pela mesma (através da limitação dos stressores e fortalecimento das linhas de defesa) – **Bem-estar da comunidade comprometido pela fraca participação comunitária manifestada por pouco “voluntariado” para idosos.** Assim, este projeto tem como finalidade: promover o bem-estar da comunidade através da participação comunitária no âmbito do “Voluntariado” apoio ao idoso, na Freguesia do Ramalhal. Como objetivo geral: mobilizar a participação comunitária para que de forma ativa e com conhecimento no âmbito do “Voluntariado” apoio ao idoso contribua para o bem-estar da sua própria comunidade. Os objetivos específicos: estabelecer parcerias com entidades locais/regionais; mobilizar a participação comunitária; capacitar um grupo de “Voluntários”; minimizar a situação de fragilidade do idoso. Estratégias: identificar junto da comunidade a população idosa em situação de maior fragilidade; definir tipo de voluntariado a ser implementado; estabelecer contactos e parcerias com entidades de referência na comunidade; sensibilizar a população da importância do seu envolvimento para resolução do problema da sua própria comunidade; planificar reuniões e formação para o grupo de “voluntários”.

Segundo a Declaração Universal do Voluntariado, Netherlands (2001), reforça o voluntariado como base da sociedade civil, que procura paz, liberdade, oportunidade, segurança, e justiça para todas as pessoas; apoia o direito de cada homem, mulher, e criança associar-se livremente e ser voluntário, independentemente de sua origem étnica, cultural, religião, idade, sexo, condição física, social ou económica. Todas as pessoas devem ter o direito de oferecer livremente o seu tempo, energia e talento para os outros e para suas comunidades através da ação individual e coletiva, sem expectativa de recompensa financeira, pretendendo-se que o desenvolvimento do voluntariado provoque o envolvimento de toda a comunidade na identificação e resolução dos seus problemas. GONÇALVES (2007) expõe os vários tipos de voluntariado: o **Voluntário Cidadão** em que as pessoas desenvolvem ações voluntárias em campanhas, projetos, eventos e em instituições parceiras; **Sócio Voluntário** são as pessoas que optam por uma contribuição financeira permanente para os projetos sociais; **Empresas Voluntárias** são aquelas empresas que colaboram para o desenvolvimento de projetos sociais; **Voluntariado Corporativo** que englobam as empresas que incentivam o trabalho social e voluntário entre seus funcionários; **Voluntários Profissionais**

Liberais são aqueles profissionais interessados em doar horas de trabalho dentro de uma área de seu interesse ou da sua área profissional; **Grupos Organizados** em que fazem parte os voluntários que se organizam pela sua referência comum, com objetivo de promover ações comunitárias e construir uma cultura de solidariedade; **Madrinhas e Padrinhos** que são pessoas voluntárias que dão apoio financeiro às famílias de crianças de creches de comunidades com baixos recursos. Dentro destes tipos de voluntariado este projeto pode-se enquadrar no Voluntário Cidadão ou de Grupos Organizados.

Entendendo-se como participação comunitária no desenvolvimento de cuidados de saúde, a criação de oportunidades que possibilitem a todos os membros da comunidade e à sociedade, contribuir ativamente, influenciar os processos de desenvolvimento e partilhar equitativamente os benefícios desse desenvolvimento (LOBO,2012).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), refere que no ponto de vista da coletividade como o envelhecimento, é um fenómeno que diz respeito a todos, envolve necessariamente todos os setores sociais, impondo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas, o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, diretos conviventes e profissionais; representando um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde nomeadamente para os cuidados de saúde primários, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas das pessoas idosas. Podendo assim, considerar-se o voluntariado como forma de participação comunitária, que poderá intervir junto da pessoa idosa, promovendo-lhe bem-estar.

Assim, o diagnóstico de enfermagem já foi elaborado (segundo a Teoria sistémica de Betty Neuman); estabeleceram-se objetivos de forma a poder dar resposta a este problema da comunidade e na fase seguinte serão esquematicamente traçadas as estratégias/recursos e atividades, num processo mais avançado serão traçados indicadores de avaliação do projeto (Indicadores de eficácia e de eficiência). O plano do projeto individual (inicialmente traçado no primeiro estágio) está integrado no Plano de projeto do Estágio e Relatório (ANEXO I) que é complementado por um cronograma (ANEXO II), em que ambos podem sofrer alterações, devido à aplicação do projeto ser dinâmica.

2- PLANO DE INTERVENÇÃO

O Plano de intervenção do Estágio (ANEXO I) é uma proposta de trabalho delineada, embora a qualquer momento possa sofrer alterações, por ser um processo dinâmico e aberto às sugestões vindas não só da comunidade, como de peritos na área ou orientadores do estágio. A relação temporal para concretização deste, será complementada pelo Cronograma. Este Plano será estruturado por objetivos; estratégias/ recursos a mobilizar e atividades; assim como pelos seus intervenientes, local e datas previstas para a sua concretização.

3- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da implementação deste projeto, poderei desenvolver, dando continuidade a algumas competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (REGULAMENTO Nº 128/2011), já iniciadas/desenvolvidas no primeiro estágio.

Tendo em conta que este projeto vai ao encontro das necessidades da população é de extrema importância que seja colocado em prática e que posteriormente tenha sucesso, para o equilíbrio/ harmonia da comunidade, traduzida pelo bem-estar da mesma.

Tenho noção que para este projeto ter sucesso a participação comunitária é fundamental, que se poderá traduzir posteriormente na sua avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTA COMISSÁRIA DA SAÚDE (2010) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016** [Em linha]. [Consult.2012-02-19]. Disponível em www.acs.min-saude.pt/files/2010/03/pensarsaude_nr1.pdf

BEDDOME,G. – **Community as client assesment in Neuman, B.- The Neuman Systems Model**. Ohio. Appelton e Lange. 1995. P.567-579

CANCELA, Diana. (2007). O Processo de envelhecimento. Porto. Universidade Lusíada do Porto.

CONSELHO NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DO VOLUNTARIADO (sd). Programa de voluntariado (Artigo 9º da Lei nº 71/98, de 3 de novembro) – [Em linha]. [Consult. 2012-02-23]. Disponível em <http://www.voluntariado.pt/left.asp?03.02>

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1978). [Em linha]. [Consult.2012-02-29]. Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DO VOLUNTARIADO (2001). Netherlands. [Em linha]. [Consult. 2013-02-16]. Disponível em: <http://www.iave.org/content/universal-declaration-volunteering>

DESPACHO n.º 10143/2009. “ D.R. II Série”,74 (2009-04-16) 15438 - 15440

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2010). **Principais Indicadores de Saúde para Portugal**. [Em linha]. [Consult. 18-02-2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>

GONÇALVES, Júlia (2007) - **Trabalho voluntário é trabalho?** – FUNDAÇÃO APRENDER para educação, cultura, ciência e tecnologia. [Em linha]. [Consult. 2012-02-16]. Disponível em www.fundacaoaprender.org.br/assets/files/trabalho_voluntario.ppt

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário. (1982). **Metodologia do planeamento da saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.** Lisboa. Obras Avulsas.

INSTITUTO DE GESTÃO DO FUNDO SOCIAL EUROPEU. (2012). **Em Portugal, mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos.** [Em linha]. [Consult.2012-02-12]. <http://www.igfse.pt/news.asp?startAt=1&categoryID=281&newsID=2722>

LEI nº 71/98. “DR I DERIE”. 254 (1998-11-3) 5694 - 5696

LOBO, Liliana (2012) - **Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários.** [Em linha]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. [Consult.2012-02-05]. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312008000200017&script=sci_arttex

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) – **Plano Nacional para a saúde das pessoas idosas.** [Em linha]. [Consult.2012-02-20]. Disponível em www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf

REGULAMENTO Nº 128/2011. “DR II Série”. 35 (2011-02-18) 8667-8669

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública.** 7ª Edição. Lusodidacta

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE TORRES VEDRAS (2010). **Plano de Ação.** Documento Oficial Não Publicado. Torres Vedras.

ANEXOS

ANEXO I - Plano de intervenção do projeto Estágio

PLANO DE INTERVENÇÃO DO PROJETO ESTÁGIO

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	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS E ESTRATÉGIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	DATA DE REALIZAÇÃO
- Integrar nas atividades desenvolvidas na UCC	- Leitura do Plano de Ação e Regulamento interno da UCC - Consultar DESPACHO nº 10143/2009	-Reunião com os enfermeiros cooperantes - Pesquisa bibliográfica.	- Aluna de Mestrado - Prof.ª Irene Santos - Enf.ºs Cooperantes	- Sede da UCC (Polo Maxial) - UCC – Torres Vedras	- 23/02/2012 - Finais do mês de fevereiro e durante o mês de março /2012

	<ul style="list-style-type: none">- Perceber a dinâmica de funcionamento da UCC e negociar com os enf^{os} cooperantes e outros enfermeiros especialistas,...de áreas específicas desenvolvidas na UCC, de forma a poder integrá-las.- Acompanhamento nas várias atividades das especialidades		<ul style="list-style-type: none">- Enfermeira da UCC responsável pela população da freguesia do Ramalhal- Enf.^{os} especialistas em áreas específicas (Enfermagem Comunitária; Reabilitação; Saúde Materna e Saúde Infantil)		
--	---	--	---	--	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	ESTRATÉGIAS E RECURSOS	INTERVENIENTES	LOCAL	DATA DE REALIZAÇÃO
<p>- Identificar junto da comunidade, a população idosa que vive só ou sem apoio familiar (levantamento da situação)</p> <p>- Estabelecer parcerias com entidades de referência locais e regionais</p>	<p>- Contactar com a assistente técnica da Extensão de Saúde do Ramalhal</p> <p>- Contactar com colega da UCC responsável pela população da freguesia do Ramalhal, que presta Cuidados Continuados</p> <p>- Contactar com enfermeira dos CSP da extensão do Ramalhal</p> <p>- Reunião com os médicos que exercem funções na Extensão de Saúde do Ramalhal</p> <p>- Reunião com a IPSS do local</p> <p>- Reunião com o pároco da freguesia do Ramalhal</p> <p>- Reunião com Presidente da</p>	<p>- Consultar SINUS (selecionar idosos inscritos que vivam sós ou com outro familiar com > 65 anos)</p> <p>- Agendamento de reuniões informais com pessoas de referência da Comunidade</p> <p>- Computador</p> <p>- Videoprojetor</p> <p>- Utilização do telefone</p> <p>- Utilização de Carro pessoal</p> <p>- Elaboração de uma ficha de referência de idosos em situação de maior fragilidade para o projeto de voluntariado</p> <p>- Elaboração de uma ficha de</p>	<p>- Aluna de Mestrado</p> <p>- Enf.ºs Cooperantes</p> <p>- Enfermeira da UCC responsável pela população da freguesia do Ramalhal)</p> <p>- Assistente técnica da Extensão de Saúde do Ramalhal</p> <p>- Enfermeira da Unidade CSP Extensão do Ramalhal</p> <p>- Médicos que trabalham na Extensão de Saúde do Ramalhal</p>	<p>- Sede da UCC (Polo Maxial)</p> <p>- Locais de referência da Comunidade (Extensão de saúde do Ramalhal, IPSS do Ramalhal; Igreja; Junta de Freguesia do Ramalhal; farmácia do Ramalhal;</p>	<p>- Mês de março/ 2012</p>

	<p>Junta de Freguesia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reunião com farmacêutica da farmácia de referência da freguesia - Reunião com a GNR (Secção de Programas Especiais – Núcleo Idoso em Segurança) - Reunião com a Assistente Social do CHTV - Reunião com as 7 IPSSs do Polo Maxial e equipa de GNR para formalização da parceria Saúde/Social/Segurança nos Cuidados Articulados e apresentação de sugestão de ficha de referenciação 	<p>referenciação de idosos em situação de maior fragilidade para Cuidados Articulados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propor parcerias com entidades locais e a nível concelhio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistente Social da IPSS do Ramalhal - Pároco responsável pela freguesia do Ramalhal - Presidente da Junta de Freguesia do Ramalhal - Elementos da GNR - Assistente Social do CHTV - Assistentes Sociais representantes das 7 IPSSs do Polo Maxial - Responsáveis pelo Voluntariado Organizado no Concelho de Torres Vedras 	<p>Posto da GNR Torres Vedras;</p> <p>CHTV)</p> <ul style="list-style-type: none"> - IPSS de Campelos 	
--	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica de tipos de voluntariado e verificar quais os que se adequam mais ao contexto da comunidade - Estabelecer contactos com entidades que já têm este tipo de projetos em curso (CMTV) - Reunião com responsáveis do Voluntariado Organizado no Concelho de Torres Vedras - Partilhar informação com orientadores de estágio. 				
<p>- Mobilizar a participação comunitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dar conhecimento e sensibilizar os profissionais das entidades de referência da freguesia da necessidade sentida/real da comunidade - Divulgar/ sensibilizar a população da necessidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração e impressão de folhetos e/ou cartazes de divulgação do projeto - Utilização de carro pessoal - Telefone, computador e/ou espaço físico para esclarecimento de dúvidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - População da Freguesia do Ramalhal 	<ul style="list-style-type: none"> - Sede de UCC - Junta de Freguesia do Ramalhal 	<ul style="list-style-type: none"> - março e início de abril

	<p>sentida/real da comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um espaço (a combinar com o Presidente de Junta, caso necessário) ou contacto telefónico/ e-mail para esclarecimento de dúvidas 				
<p>- Capacitar um grupo de Voluntários</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão dos recursos humanos que poderão surgir - Pedir colaboração às entidades de referência da freguesia do Ramalhal para facultar espaço físico para encontros/reuniões formais deste grupo - Sessões de formação e reuniões para os voluntários - Avaliar conhecimentos antes e após a formação dos voluntários - Avaliar a satisfação dos voluntários 	<ul style="list-style-type: none"> - Planear e elaborar conteúdos de formação no âmbito do voluntário - Elaboração de documentos como suporte de registos - Espaço físico para encontros/reuniões formais - Elaboração de documentos para avaliação do impacto do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Mestranda - Parceiros - Grupo de voluntários 	<ul style="list-style-type: none"> - Sede da UCC - Junta de Freguesia do Ramalhal 	<ul style="list-style-type: none"> - Abril a junho

<p>- Minimizar a situação de fragilidade do idoso</p>	<p>- Acompanhar esporadicamente os voluntários, para levantamento de necessidades formativas e avaliação do impacto do projeto</p> <p>- Dinamizar atividades com os idosos em Centro de Dia e “voluntárias”, 2 vezes na semana segundo cronograma planeado</p> <p>- Programar reuniões periódicas, para partilha de experiências, esclarecimentos e avaliação contínua do projeto</p> <p>- Avaliar o projeto (aplicação da escala de Solidão aos idosos e questionário de satisfação aos idosos) .</p>	<p>-Elaboração de documentos para avaliação do impacto do projeto</p> <p>- Elaboração de cronograma de atividades para os idosos em centro de Dia na IPSS do Ramalhal</p> <p>- Espaço físico</p>	<p>- Mestranda</p> <p>- Grupo de Voluntários</p> <p>- Grupo de idosos</p> <p>- Parceiros</p> <p>- Enf.ºs Cooperantes</p> <p>- Prof.ª Irene Santos</p>	<p>- Sede da UCC</p> <p>- Junta de Freguesia do Ramalhal</p> <p>- Escola Superior da Saúde de Santarém</p>	<p>- Maio e início de junho</p>
--	--	--	---	--	---------------------------------

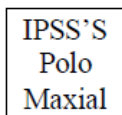
OBJETIVOS GERAIS – RELATÓRIO: enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática; inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência; fundamentar as competências desenvolvidas em ação sustentando-as na natureza da enfermagem avançada; avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES A DESENVOLVER	RECURSOS E ESTRATÉGIAS	INTERVENIENTES	LOCAL	DATA DE REALIZAÇÃO
<p>- Definir temática a ser estudada para realização do Relatório</p> <p>-Conceptualizar a temática</p> <p>-Formular pergunta PICO</p>	<p>- Refletir sobre a temática que pode emergir do Plano de intervenção</p> <p>- Fundamentar teoricamente o tema</p> <p>- Averiguar se as Palavras- Chave são descritoras e definir a sua hierarquização</p>	<p>- Em que aspeto o projeto implementado “evidência” o papel do enfermeiro, como mais valia para a comunidade</p> <p>-Pesquisa bibliográfica.</p> <p>- Pesquisa Bibliográfica nas Bases de dados</p>	<p>- Aluna de Mestrado</p> <p>- Prof. Amendoeira</p> <p>- Prof.ª Irene Santos</p>	<p>- Domicilio</p> <p>- ESSS</p>	<p>- Finais de maio até 5 de julho.</p>

<p>-Definir Protocolo de Pesquisa</p>	<p>- Seguir todos os passos definidos pelo protocolo.</p>	<p>Cientificas</p>			
<p>-Analisar os dados encontrados</p>	<p>- Confrontar os dados encontrados através da pesquisa realizada pelo Protocolo, com os dados do Plano de Intervenção e com a conceptualização inicial da temática</p>				
<p>- Proceder a uma análise reflexiva de forma a fundamentar a minha prática</p>	<p>- Refletir sobre de que forma os resultados encontrados fundamentam a minha prática/ a podem melhorar ou até alterar.</p>				
<p>- Avaliar e partilhar os resultados encontrados,...</p>		<p>- “Seminário”</p>	<p>- Prof. Amendoeira; Prof.^a Irene Santos; outros docentes da escola e colegas da Especialidade e Mestrado.</p>		<p>- 18 junho/ 2012</p>

ANEXO II – Cronograma

ANEXO II – Ficha de articulação entre parceiros para sinalização/ referenciação de utentes



FICHA DE LIGAÇÃO UCC/GNR/IPSS's

Entidade referenciadora _____	Data da referenciação ____/____/____
Nome do profissional que referenciou _____	

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SINALIZADA		
Nome - _____	D.N. - ____/____/____	
Morada: _____		
Estado Civil - _____	Escolaridade - _____	Contacto Telef. (Pessoal).- _____
Nome da pessoa mais próxima _____		Contacto Telef. _____

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO (identificar com X):						
Critérios Comuns:						
Idade > 65 anos				Suspeita de alimentação insuficiente		
Vive só				Aspetto físico descuidado (Higiene)		
Vive com outra pessoa com > 65 anos				Isolamento Geográfico		
Condições habitacionais desadequadas				Limitado ao Domicílio (*)		
Apoio Social insuficiente				Sem apoio familiar/ informal		
Sem apoio social				Apoio familiar insuficiente		
Défice sensorial _____				Dependente de ajuda nas atividades de vida diárias (*)		
Dificuldade na mobilidade				Hospitalizações frequentes (>1 x mês)		
Critérios – Segurança:						
Tipo de habitação	Andar/apartamento		Moradia	Outro:	Observações:	
Pisos	R/C		1 ou mais	Observações:		
Pavimento	Terra		Cimentado	Cerâmico	Observações:	
Telhado	Telha		Telha/Placa	Telha/Forro de madeira	Chapa	Condições:
Paredes	Tijolo		Madeira	Chapas metálicas	Condições:	
Janelas	Alumínio		Madeira	Ferro	<u>Com grades</u>	<u>Sem grades</u>
Portas	Alumínio		Madeira	Ferro	<u>Fechadura com uma tranca</u>	<u>Fechadura com mais de uma tranca</u>
Degraus	Acesso à habitação		No interior da habitação	<u>Com corrimão</u>	<u>Sem corrimão</u>	Condições:
Sinal chamada (campainha)	Sim		Não	Outro:	Observações:	
Quintal	Não		<u>Sim</u>	<u>Pavimento em terra</u>	<u>Pavimento em cimento</u>	<u>Pavimento em cerâmica</u>
Animais de estimação	Sim		Não	Observações:		
Animais de criação	Sim		Não	Observações:		

ANEXO III - ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a ou união de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

Habilitações Literárias:

Analfabeto/a

Escolaridade básica (4º ano / 4ª classe)

Escolaridade obrigatória (9ºano)

Ensino secundário (12º ano)

Curso Técnico

Licenciatura

Pós-graduação

ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA
(Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ao não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas.
Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	4	3	2	1
2	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	4	3	2	1
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	4	3	2	1
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8	Sou uma pessoa voltada para fora.	4	3	2	1
9	Há pessoas a quem me sinto chegado.	4	3	2	1
10	Sinto-me excluído/a.	1	2	3	4
11	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12	Sinto-me isolado/a dos outros.	1	2	3	4
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	4	3	2	1
14	Há pessoas que me compreendem realmente.	4	3	2	1
15	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	1	2	3	4
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17	Há pessoas com quem consigo falar.	4	3	2	1
18	Há pessoas a quem posso recorrer.	4	3	2	1

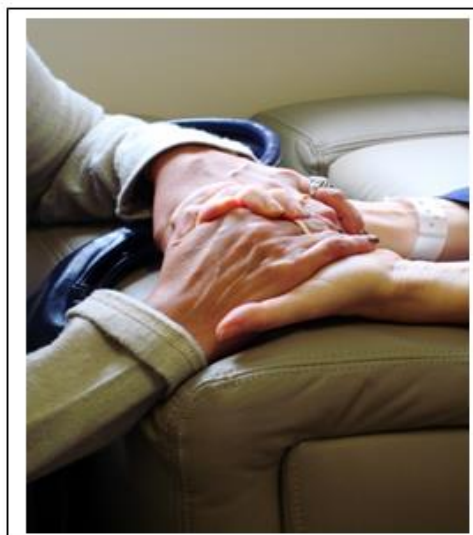
ANEXO IV – Objetivos de reuniões com pessoas/ entidades locais e regionais

PESSOAS /ENTIDADES CONTACTADAS	REUNIÕES FORMAIS/ INFORMAIS	OBJETIVOS	NOTAS
UCC – Enf.ºs cooperantes e enfermeira responsável pela freguesia do Ramalhal	5	-Obter informações chave sobre a comunidade - Partilhar evolução do estágio	
UCSP – Assistente operacional, enfermeira e médica de Medicina Geral e Familiar.	2	- Divulgar o projeto - Sensibilizar médica e enfermeira para sinalização de idosos	
CHTV – Assistente social	1	- Divulgar o projeto - Sensibilizar para sinalização de idosos	
GNR – Equipa da Secção de Programas Especiais – Núcleo Idoso em Segurança.	3	- Divulgar o projeto - Propor parceria - Sensibilizar para sinalização de idosos	
CMTV - Socióloga e Conselheira do Voluntariado de Proximidade e Lêr+Próximo.	2	- Conhecer o funcionamento do Banco de Voluntariado e sua orgânica - Divulgar o projeto - Solicitar formação na área do voluntariado organizado para as voluntárias	
IPSS Ramalhal - Assistente social da IPSS e assistente social da Segurança Social (sediada na IPSS do Ramalhal).	3	- Divulgar o projeto -Propor voluntariado em Centro de dia - Sensibilizar para sinalização de idosos - Solicitar cedência de espaço físico para formação dos voluntários	
Junta de Freguesia - Presidente de Junta	1	- Divulgar o projeto - Sensibilizar para sinalização	
Farmácia do Ramalhal	1	- Divulgar o projeto - Sensibilizar para sinalização	
Pároco	1	- Divulgar o projeto - Solicitar a divulgação do projeto à comunidade nas igrejas - Sensibilização para sinalização de idosos	Não houve feedback – não foi divulgado o projeto nas igrejas
Animador Social	1	- Divulgar o projeto - Solicitar formação na sua área para o grupo de voluntários.	

ANEXO V – Folhetos de divulgação do projeto e sensibilização da população para se inscreverem como voluntários



NÃO FIQUE PARADO, TENHA UM PAPEL ATIVO NA SUA COMUNIDADE!



VOLUNTARIADO PARA IDOSOS FREGUESIA DO RAMALHAL

**DE ACORDO COM
A SUA
DISPONIBILIDADE**



- ACOMPANHAMENTO A CONSULTAS, COMPRAS,...
- COMPANHIA NO DOMICILIO
- VISITAS AO LAR E/OU CENTRO DE DIA

INSCREVA-SE AQUI...!



VOLUNTARIADO PARA IDOSOS

FREGUESIA DO RAMALHAL

**TEM UM POUCO DO SEU TEMPO PARA DAR?
NÃO PERCA ESTA OPORTUNIDADE!**



DE ACORDO COM
A SUA
DISPONIBILIDADE

PODERÁ
FAZER

- ACOMPANHAMENTO A CONSULTAS, COMPRAS,...
- COMPANHIA NO DOMICILIO
- VISITAS AO LAR E/OU CENTRO DE DIA

**INSCREVE-TE AQUI, OU NO CENTRO DE SAÚDE
TORRES VEDRAS NA EXTENSÃO DO RAMALHAL !**



VOLUNTARIADO PARA IDOSOS

FREGUESIA DO RAMALHAL

**NÃO IGNORE A REALIDADE QUE NOS
RODEIA!**



**DE ACORDO COM
A SUA
DISPONIBILIDADE**

**PODERÁ
FAZER**

- ACOMPANHAMENTO A CONSULTAS, COMPRAS,...
- COMPANHIA NO DOMICILIO
- VISITAS AO LAR E/OU CENTRO DE DIA

DÊ UM POUCO DO SEU TEMPO!

**INSCREVA-SE NO CENTRO DE SAÚDE
TORRES VEDRAS EXTENSÃO RAMALHAL.**

ANEXO VI – Anúncio no Badaladas de divulgação do projeto

Enfermeiras dinamizam projetos de intervenção no Ramalhal

No seguimento do diagnóstico de saúde da comunidade do concelho de Torres Vedras aplicado na freguesia do Ramalhal e do fórum comunitário dinamizado nessa localidade, estão a decorrer neste momento projetos de intervenção de acordo com os problemas prioritários identificados pela população.

Estes estão a ser dinamizados por três enfermeiras em estágio da especialidade/mestrado em enfermagem comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém no Centro de Saúde de Torres Vedras. – Unidade Cuidados na Comunidade Polo Maxial.

Estes projetos incidem em três áreas distintas, a saber: prevenção de acidentes domésticos nos idosos. Caracteriza-se por ações de formação a ajudantes domiciliárias e ações de sensibilização a idosos em centro de dia e seus familiares (enfermeira Catarina Ângelo); promoção da participação comunitária/“voluntariado” no apoio ao idoso. Caracteriza-se por organização de um grupo vocacionado para o apoio ao idoso no domicílio em situação de fragilidade (enfermeira Filipa Nascimento); prevenção de doenças cardiovasculares.

Caracteriza-se por estimular/sensibilizar a população para estilos de vida saudáveis incluindo a actividade física, estando a decorrer nesse âmbito caminhadas semanais abertas a todos os interessados (enfermeira Sónia Lopes).

Estes projetos estão a decorrer na freguesia do Ramalhal com o apoio e parcerias de várias entidades locais e do concelho.

ANEXO VII – Documentos de suporte (Folha de inscrição para voluntários; Identificação dos voluntários; Contrato UCC/ Voluntário; Ficha Voluntários/ Utentes; Ficha do voluntário referente ao idoso, Folhas de assiduidade às reuniões/ formações)



VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO

FICHA DE INSCRIÇÃO DO VOLUNTÁRIO :

NOME: _____

D.N. ___/___/___ Idade ___ MORADA: _____

_____ TELEFO

NE: _____ e-mail _____

Escolaridade: _____

Data de inscrição: ___/___/___

ÁREAS DE INTERESSE:

ACOMPANHAMENTO (consultas; compras;...)	
COMPANHIA NO DOMICÍLIO	
VISITAS AO LAR e/ou CENTRO DE DIA	

DISPONIBILIDADE:

DIÁRIA : ___ horas/dia.

Observações _____

SEMANAL:

2ªfeira ___ 3ªfeira ___ 4ªfeira ___ 5ªfeira ___ 6ªfeira ___ Sáb. ___ Dom. ___

Dos dias sinalizados pode disponibilizar ___ horas.

Observações _____



CONTRATO

PROJETO DE VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO – FREGUESIA DO RAMALHAL

Este documento tem por objeto regular as mútuas relações entre o Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Cuidados na Comunidade, representada pela Enfermeira Filipa Alexandra Batista Inácio Carvalho do Nascimento (a exercer funções nesta UCC e em estágio no âmbito do Curso de Especialidade e Mestrado em Enfermagem Comunitária) e o Voluntário” _____, bem como definir o serviço que este último se compromete a realizar.

O serviço que o Voluntário se compromete no âmbito do projeto destina-se a:

- Acompanhamento (consultas, compras,...) ____
- Companhia no domicílio ____
- Visitas a lar/ centro de dia ____
- Outros _____

Num período de _____ dias por semana/ mês, num total de _____ horas semana/mês.

No presente projeto o “Voluntário” deu início à sua atividade em ____/____/____ que dará continuidade por um prazo de 6 meses, renovando-se automaticamente se nenhuma das partes o não anular com a antecedência de 30 dias, relativamente ao termo do prazo de renovação do mesmo.

O Voluntário:

- Tem direito a informação e formação periódica de forma a ir ao encontro das suas necessidades formativas e a capacitá-lo de forma que este consiga dar resposta adequada aos utentes,
- Deve andar com o seu cartão de identificação sempre que esteja em serviço,
- Deve respeitar a dinâmica e organização da IPSS (caso o seu serviço seja destinado a Idosos dentro da Instituição),


- Deve respeitar os princípios deontológicos, designadamente o respeito pela vida privada de todos quantos beneficiam dos seus serviços/actividades,
- Pode solicitar, com a maior antecedência possível, a alteração da sua disponibilidade horária, de modo a não prejudicar as expectativas criadas pelos destinatários a quem o projeto se dirige,
- Foi informado que no âmbito deste projeto não está abrangido por nenhum tipo de seguro, prescindindo do Direito do voluntário segundo a Lei nº 71/98 Artigo 7º Alínea c),
- Foi esclarecido que poderá integrar-se no Voluntariado Organizado inscrevendo-se no Banco de Voluntariado na Câmara Municipal de Torres Vedras, seguindo os procedimentos estabelecidos pelo Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado, onde poderá ser abrangido pelo seguro através de uma entidade promotora de voluntariado.

Torres Vedras, ____ de _____ de _____

Responsável pelo Projeto


O Voluntário

Identificação dos Voluntários

 UCC Torres Vedras <small>Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras</small>	
VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO – FREGUESIA DO RAMALHAL	
NOME- _____	

ASSINATURA _____

FICHA DO VOLUNTÁRIO REFERENTE AO IDOSO

Nome do utente- _____ D.N.- ____/____/_____ IDADE: ____ Morada: _____ Telefone: _____	Pessoa de família/ referência: Nome- _____ Telef.: _____	
Voluntário responsável: Nome: _____	Tipo de serviço a prestar: Acompanhamento a compras, consultas,...: ____ Companhia no domicílio: ____ Visitas Lar /Centro de dia/Outros: ____	Contactos: Enfermeira Filipa Nascimento – enf.filipainacio.cstv@gmail.com <div style="text-align: center;">  UCC Torres Vedras <small>Unidade de Cuidados na Comunidade de Torres Vedras</small> </div>
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px 20px;"> ANO _____ </div>		

DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	18	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTA
Mês																																L h/mês
JANEIRO																																
FEVEREIRO																																
MARÇO																																
ABRIL																																
MAIO																																
JUNHO																																
JULHO																																
AGOSTO																																
SETEMBRO																																
OUTUBRO																																
NOVEMBRO																																
DEZEMBRO																																

No dia da visita colocar na quadrícula o nº de horas

ANEXO VIII - Cronograma de reuniões e formação para os voluntários- Freguesia do Ramalhal



PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA

**“ VOLUNTARIADO ”
NO APOIO AO IDOSO
Freguesia do Ramalhal**

Enfermeira- Filipa Nascimento

**Cronograma de reuniões e formação para
voluntários- Freguesia do Ramalhal**

TORRES VEDRAS
2012

INTRODUÇÃO

No âmbito da aplicação do projeto Participação Comunitária/ Voluntariado no apoio ao idoso, foi planificado um plano de reuniões e formação para os “voluntários” inscritos.

Esta estratégia tem como objectivos:

- Promover a coesão e espírito de grupo;
- Integrar os Voluntários na dinâmica do projeto;
- Informar sobre Voluntariado Organizado – legislação; direitos e deveres do voluntário;
- Informar e sensibilizar sobre a relevância da ética na prestação de cuidados/serviços à pessoa;
- Dar a conhecer a existência e funcionamento do Banco de Voluntariado; Projeto de Proximidade e Ler + Próximo – No concelho de Torres Vedras;
- Informar sobre o processo de envelhecimento e suas implicações na comunicação/na relação de ajuda;
- Capacitar os voluntários para a prestação de cuidados/ serviços ao idoso,
- Promover formação contínua no decorrer do projecto consoante as necessidades sentidas na prestação de cuidados/ serviços ao idoso (esta formação será integrada num período de cada reunião de equipa).

Este documento integra os Planos de Reuniões/ Sessões ministradas pela Enf.^a Filipa Nascimento.

1- CRONOGRAMA DE REUNIÕES/FORMAÇÃO

Número	Temas a abordar	Formador(a)	Data	Horário
Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> - Coesão e espírito de grupo - Avaliação de conhecimentos, perspectivas/expectativas dos “Voluntários” -Divulgação do projeto -População alvo do projeto - sua especificidade - Formação proposta - Coordenação e delineamento do plano de actividades, dificuldades no terreno - Programação de reuniões 	Enfermeira Filipa Nascimento	28 de Abril/2012	14.30-17 h
Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> -Voluntariado Organizado – legislação; direitos e deveres do voluntário - Ética - Banco de Voluntariado; Voluntariado de Proximidade e Ler + próximo – No Concelho de Torres Vedras 	<ul style="list-style-type: none"> -Dr.ª Nélia Feliciano (Socióloga, da CMTV – responsável pelo Banco de Voluntariado em T.Vedras) -Dr.ª Joaquina Cadete (Conselheira – Voluntariado de Proximidade e Ler + Próximo desenvolvido em Torres Vedras) 	2 de maio/2012	14 – 17.30 h

Nº3	<ul style="list-style-type: none"> -Concluir o delineamento de plano de actividades, incluindo programação de visitas conjuntas - Ocupação dos tempos livres no idoso - Programação de um plano de actividades para apoio ao idoso em Centro de Dia e Lar 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Filipa Nascimento - Animador Social Nelson Miguel 	12 de maio/2012	14.30-17.30h
Nº 4	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do projecto- feedback dos “voluntários” -Problemas/dúvidas encontradas - Necessidades formativas que emergiram - Ponto da Situação <p>Tema de formação - O processo de envelhecimento. A importância da comunicação na relação de ajuda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Filipa Nascimento 	26 de maio/2012	14.30 – 17.30h
Nº 5	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do projecto- feedback dos voluntários - Problemas/dúvidas encontradas - Necessidades formativas que emergiram - Ponto de situação (aplicação de ficha diagnóstica) <p>. Tema de formação – Segurança do Idoso, como estar alerta em relação a roubos e burlas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partilha com a equipa da GNR de mais utentes que têm apoio do programa de “Voluntariado”, em situação de maior fragilidade e que beneficiariam desta parceria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeira Filipa Nascimento - Aplicação de questionário final e de avaliação do projecto. - Equipa da GNR – Núcleo Idoso em Segurança 	5 de junho/2012	21.00h – 23.00h

Nº 6	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do projecto- feedback aos voluntários -Problemas/dúvidas encontradas - Necessidades formativas que emergiram - Acompanhamento dos idosos a consultas ou Exames – Aspectos a não esquecer 	- Enfermeira Filipa Nascimento	26 de junho/2012	21h – 23h
Nº 7	<ul style="list-style-type: none"> -Feedback dos voluntários das experiências vividas com os idosos -Problemas/dúvidas encontradas - Necessidades formativas que emergiram - Programação de VDs conjuntas - Proposta de temas de formação - Programação de próxima reunião com presença da GNR 	- Enfermeira Filipa Nascimento	2 de agosto/ 2012	21h – 23h
Nº 8	- Gestão de Conflitos	- Dr. ^a Gisela (Psicóloga da UCC)	Falta agendar, confirmada a sua disponibilidade	
Nº 9				

Local de Reuniões e formações - instalações da IPSS do Ramalhal até 26 de maio/2012, posteriormente no Salão Paroquial

PLANO DA REUNIÃO/ FORMAÇÃO

Número 1 -28 de abril de 2012- Enf.ª Filipa Nascimento

	CONTEÚDOS	OBJETIVOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	MATERIAL E RECURSOS DIDÁTICOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação individual de todos os elementos - Aplicação de questionário inicial 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a coesão de grupo - Conhecer as expectativas e motivação de cada elemento para o projecto - Conhecer o diagnóstico de situação do grupo 	<p>Método Expositivo</p> <p>-Técnica ativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de apresentação - Aplicação de questionário inicial 	60 min.
DESENVOLVIMENTO	<p>- Apresentação do Projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Origem . Objetivos . População alvo . Plano de trabalho . Plano de acção – dificuldades no terreno 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o projeto (a sua origem, objectivos, população alvo, plano de trabalho, plano de acção e dificuldades no terreno) 	<p>-Técnica expositiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo projector - Tela de projecção 	60 min.

CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Importância do projeto na comunidade - Importância da coesão de grupo para sucesso do projecto -Próxima reunião/formação 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar o grupo para a relevância deste projeto na comunidade - Envolver o grupo no projecto - Realizar ponte para a próxima reunião/formação 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de um pequeno filme "Respeite os idosos" <p>http://www.youtube.com/watch?v=E-qTDIR4Xfs&feature=email</p>	30 min.
-----------	--	--	--	---------

PLANO DA REUNIÃO/ FORMAÇÃO

Número 4 – 26 de maio de 2012 Enfermeira Filipa Nascimento

	CONTEÚDOS	OBJETIVOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	MATERIAL E RECURSOS DIDÁTICOS	Duração
INTRODUÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto do Projecto -feedback dos voluntários -Problemas/dúvidas encontradas -Necessidades formativas que emergiram 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar oportunidade às voluntárias para: <ul style="list-style-type: none"> . partilhar dúvidas, . partilhar experiências - Promover soluções de problemas ou obstáculos grupo - Averiguar as necessidades formativas 	<ul style="list-style-type: none"> Método Expositivo: - Técnica ativa - Técnica expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo projector - Tela de projecção 	30 min

DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Ponto da Situação 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar a evolução do projecto até à data: <ul style="list-style-type: none"> . Número de Visitas de triagem . Número de Visitas de integração de voluntárias . Número de utentes para cada serviço de “Voluntariado” . Número de Visitas para integrar Voluntárias – Agendamento de algumas 			30 min
	<ul style="list-style-type: none"> - O processo de envelhecimento - A importância da comunicação relação de ajuda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre o processo de envelhecimento: <ul style="list-style-type: none"> . físico . psíquico . social/ cultural - Relacionar os filmes apresentados com a experiência das voluntárias e a teoria - Sensibilizar sobre a importância da comunicação relação de ajuda - Dar a conhecer boas práticas de aplicação de técnicas de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica expositiva - técnica activa 	<p>Apresentação de:</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=xahRQd2gyiw&feature=...</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=WoB0cDKn7V0&feature=rel</p> <p>http://www.youtube.com/watch?v=b28L8F-4fHA&feature=...</p>	45min.

CONCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none">- Próximas reuniões- Agendamento de Vistas com as voluntárias	<ul style="list-style-type: none">- Programar reuniões e sessões- Formativas- Programar Visitas com voluntárias			15min.
-----------	--	---	--	--	--------

ANEXO IX - Questionário Inicial aos voluntários

VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO

Questionário Inicial

Coloque Verdadeiro ou Falso em cada afirmação.

1 – O idoso/ pessoa idosa é:

Alguém apenas com um passado.	
É uma pessoa com passado e presente.	
É uma pessoa com passado, presente e futuro.	

2 – O envelhecimento é:

Um processo apenas físico (do corpo).	
Um processo com uma evolução diferente de pessoa para pessoa.	
Um processo que começa sempre aos 65 anos.	
Um processo que tem início desde o momento que nascemos.	

3 – A pessoa vive o seu processo de envelhecimento:

Sempre de forma positiva.	
Consoante a sua personalidade, a sua adaptação a mudanças e ao apoio que sente/tem.	
Sempre com revolta.	
Sempre com resignação.	

4 – A pessoa idosa pode sentir progressivamente:

Menor capacidade de amar (gostar do outro, ex.: netos, filhos).	
A diminuição das suas capacidades sensitivas (audição, visão, tacto,...).	
A perda da sua autonomia (de ser capaz de realizar todas as actividades de vida essenciais para manter o seu bem-estar/saúde)	
Perda de memória.	

5 – A pessoa idosa deve ser valorizada:

Pelos erros que faz.	
Pela experiência de vida que tem.	
Nas opiniões que dá.	

6 – Quando o idoso tem diminuição da audição (dificuldade em ouvir), devo:

Falar mais alto do que ele.	
Pronunciar bem as palavras tentando que o idoso olhe para mim.	

7 – Quando o idoso conta vezes sem conta a mesma história, devo:

Dizer-lhe que já contou aquela história vezes sem conta.	
Ouvir pacientemente a mesma história como se fosse a primeira vez.	
Compreender que o idoso tem problemas de memória e que para ele é importante falar dessa situação.	
Se for um acontecimento negativo conduzir a conversa de forma que o idoso recorde momentos felizes.	

8 – Quando um idoso se sente só:

Ao encontrar alguém que conhece fala muito.	
É uma pessoa triste.	
Arranja qualquer desculpa para ver/falar com alguém (gosta de chamar a atenção).	
Acha que ninguém gosta dele, todos o esqueceram.	
Coloca muita expectativa nas visitas que recebe.	
É uma pessoa difícil de ser enganado.	

9 – Voluntariado:

Existe uma Lei de Voluntariado organizado.	
O voluntário presta serviços neste âmbito de livre vontade.	
É uma forma das pessoas contribuírem para o bem comum, de toda a comunidade	

Quais são as minhas expectativas ao integrar este projecto?

O que penso ganhar enquanto pessoa ao prestar cuidados/ serviços no âmbito do Voluntariado/Apoio ao Idoso.

Obrigado!

ANEXO X- Contrato entre Entidade Organizadora e IPSS



CONTRATO

PROJETO DE VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO – FREGUESIA DO RAMALHAL

Este documento tem por objeto regular as mútuas relações entre o Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Cuidados na Comunidade, representada pela Enfermeira Filipa Alexandra Batista Inácio Carvalho do Nascimento (a exercer funções nesta UCC e em estágio no âmbito do Curso de Especialidade e Mestrado em Enfermagem Comunitária) e a IPSS do Ramalhal, bem como definir o serviço que os “Voluntários” se propõem a realizar.

O serviço de Voluntariado no âmbito deste projeto destina-se a assegurar a visita periódica dos “voluntários” aos utentes de Centro de Dia, com os seguintes objetivos:

- Conceder companhia aos idosos em Centro de Dia,
- Proporcionar momentos de convívio e partilha,
- Promover o relacionamento entre os utentes,
- Dinamizar atividades promotoras de bem-estar,

O presente projeto incide em _____ dias por semana, nos seguintes dias da semana _____ (susceptíveis de negociação), das _____ - _____ horas, com a presença de 2 a 4 Voluntários.

Neste projeto os Voluntários deram início à sua atividade em ____/____/____ que terá continuidade por um prazo de 3 meses, renovando-se automaticamente se nenhuma das partes o não anular com a antecedência de 30 dias, relativamente ao termo do prazo de renovação do mesmo.

A Entidade Organizadora:

- Responsabiliza-se pela formação e acompanhamento dos Voluntários,
- Procederá à elaboração de um cronograma de atividades mensal, que o fará chegar à IPSS no final do mês que antecede,
- Responsabiliza-se por integrar no seu cronograma de atividades, sempre que haja um plano de atividades predefinido pela IPSS, no âmbito dos serviços anteriormente enunciados e que se coadune com as competências do voluntário, aos idosos em Centro de Dia,
- Deve promover a dinamização das atividades programadas,
- Responsabiliza-se pela gestão dos voluntários presentes e do seu número, na dinamização das atividades (respeitando o número mínimo acordado),
- Compromete-se a avisar a IPSS com antecedência, caso não seja possível a substituição atempada do número mínimo de “voluntários” para assegurar o serviço proposto,
- Realizará uma avaliação periódica do projeto e apresentará os dados globais à IPSS,
- Encontra-se disponível para esclarecimento de dúvidas através dos seguintes contactos:

- E-mail - enf.filipainacio.cstv@gmail.com

- Telemóvel (Cuidados Continuados Polo Maxial) - 964440971

A IPSS do Ramalhal:

- Compromete-se a facultar o local para reuniões/formação no âmbito do Voluntariado, segundo cronograma apresentado mensalmente,
- Compromete-se a disponibilizar o espaço de acordo com as suas possibilidades, para os idosos em Centro de Dia com condições para o desenvolvimento de atividades lúdicas (apresentadas previamente no cronograma de atividades),
- Compromete-se com a aquisição de material para dinamização das atividades programadas (previamente solicitado), na impossibilidade de o fazer, avisar com o máximo de antecedência possível a Entidade Organizadora,
- Deve respeitar a presença dos Voluntários e o serviço pelo qual estes se responsabilizam neste contrato.

Torres Vedras, ____ de _____ de _____

Responsável pelo Projeto

IPSS Ramalhal

ANEXO XI – Plano de atividades para as pessoas idosas em Centro de Dia

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES maio- 2012

Dias da Semana	Atividade prevista	Material necessário	Tempo previsto para a atividade
2			
4			
7			
9			
12			
14			
16	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação enfermeira/ "voluntários"/ Utentes - Apresentação do projeto - Preenchimento da Ficha do Idoso - TPC – Trazer recortes de revistas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uma bola 	14.30 – 16.30h
18	<ul style="list-style-type: none"> - Cada idoso escolhe uma imagem de todos os recortes recolhidos que lhe traga maior significado ou de que goste mais - Partilha da imagem com o grupo e comentário individual - Cada imagem será colada numa folha A4 com o comentário do idoso. - Votação de todos os elementos para dar um nome ao grupo - TPC – Trazer uma fotografia de si,... de que goste. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colas Stick ou outras - Tesouras de bico redondo - Caneta de Filtro bico grosso - Folhas A4 - Canetas 	
21	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das fotografias individualmente, partilha de experiências vividas - Colagem das fotografias na capa de um dossier de Arquivo - Apresentação do dossier como sendo o arquivo de trabalhos realizados pelo grupo - Colocação das folhas A4 com os recortes da sessão anterior no Dossier de arquivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Um dossier de Arquivo - Papel autocolante, para forrar dossier - Colas Stick ou outras - Separadores de cartolina - Tesouras de bico redondo - Canetas de Filtro bico grosso (2 ou 3) - Folhas A4 - Canetas 	14.30-16.30h
23	<p>JOGO DAS PALAVRAS - Campeonato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação de 3 grupos (um grupo de 5 elementos e dois com 4 elementos – cada grupo selecciona um porta-voz e deve conter um elemento que saiba escrever) - GRUPO A; o GRUPO B e o GRUPO C 	<ul style="list-style-type: none"> - Canetas de Filtro bico grosso (2 ou 3) - Folhas A4 - Canetas 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Cada grupo terá uma folha A4, onde estará escrito: a letra selecionada; nome próprio/de pessoas; nome de animais e nome de frutos; - Uma das voluntárias diz em voz alta a Letra A e para si continua a soletrar o abecedário e sucessivamente correndo todos os grupos o porta-voz interrompe a voluntária dizendo STOP, a letra que a voluntária estava a soletrar em silêncio é divulgada a todos. Essa letra será colocada na folha distribuída, no local da letra selecionada, os nomes que irão ser escritos referente às restantes colunas terão como primeira letra a que foi escolhida; - O primeiro grupo que terminar deve dizer Stop e todos os grupos devem de deixar de escrever. Sempre que o nome seja igual a outro grupo tem 5 pontos de pontuação, sempre que diferente tem 10 pontos. - Ganha o grupo que no final tenha mais pontuação. - Uma das voluntárias coloca a data nas folhas A4, coloca no verso ou eles assinam o próprio o nome referente ao seu grupo. - Estas folhas serão arquivadas no Dossier de Arquivo do Grupo <p>TPC – As senhoras ficam responsáveis de trazer uma receita de culinária; os senhores em pensar numa situação que aconteceu na sua vida que foi motivo de momentos de boa disposição (risos).</p>		
25	<ul style="list-style-type: none"> - As senhoras partilham as suas receitas com o grupo e os sucessos que fizeram com os seus dotes culinários – As receitas serão colocadas no Dossier assinadas/com o nome de quem as partilhou - Os senhores partilharão com o grupo as histórias de vida engraçadas <p>TPC – Pensar /escrever quais as músicas que gosta ou gostava de ouvir ou cantores preferidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Folhas A4 - Canetas de filtro - Canetas 	14.30-16.30H
28	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha com o grupo das músicas ou cantores preferidos - Anotar quais as mais votadas - Formar grupos de dois elementos e fazer um campeonato 	<ul style="list-style-type: none"> -Folhas A4 - Canetas de filtro - Canetas 	

	de jogo do galo, se houver dois grupos ou mais que queiram fazer um campeonato de dominó,... poderão fazê-lo. TPC – Quem tiver CDs das músicas de que gosta - trazer	- Jogo Dominó (2) Actividade que ficou por realizar	
30	- Momento de partilha de música – Atividades livres: <ul style="list-style-type: none"> • Dança • Jogos • Outros 	- Leitor de CDs e colunas Actividade que ficou por realizar Nota: foram suspensas duas sessões do mês de maio/2012	14.30-16.30H

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES - junho 2012

Dias da Semana	Atividade prevista	Material necessário	Tempo previsto para a atividade	Observações
1	-Jogos tradicionais no pátio convívio dos idosos com as crianças	Previsto pela IPSS	14.30h – 16.30h	Integração dos “voluntárias” nas atividades organizadas e previstas pela IPSS
4	<p>-Partilhar memórias dos Santos populares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cheiros • Festas (bailes) • Músicas • Quadras <p>Registrar em folhas A4 as memórias partilhadas, para arquivar no dossier</p> <p>- Elaborar decorações dos Santos Populares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fazer em fole o papel crépon, dobrar a meio (fixando o centro) por fim abre-se o fole de forma a ficar redondo (se necessário dar retoques com a tesoura. - Abrir os sacos plásticos e cortá-los em tiras ao comprido - colar/agrafar os manjericos nas tiras 	<ul style="list-style-type: none"> - Leitor de CDs - Folhas A4 - Canetas - Papel crépon verde - Agrafador - Cola - Tesoura - Fita-cola - Sacos de plástico brancos de 50/100 litros 	14.30h - 16.30h	

6	<p>- Proporcionar um ambiente de diversão e bem-estar, com música</p> <p>- Escolher quadras para colar nos manjericos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As quadras encontram-se escritas em papel de cores diferentes (em rectângulos); cada idoso tira um papel e partilha a quadra com o grupo • Por fim o grupo selecciona as que gostou mais <p>- Aplicar o molde de formato de vaso em folhas de papel cavalinho/cartolina, recortar, moldar e colar.</p> <p>- Colar os manjericos nos vasos</p>	<p>- Leitor de CDs</p> <p>- Folhas A4 a cores</p> <p>- Papel crépon verde</p> <p>- Agravador</p> <p>- Cola</p> <p>- Tesoura</p> <p>- Fita-cola</p> <p>- Folhas de papel cavalinho/cartolina cor castanha ou laranja escuro (cor de barro)</p>	14.30h- 16.30h	
8	<p>- Proporcionar um ambiente de diversão e bem-estar, com música</p> <p>- Aplicar as quadras nos manjericos que estão nos vasos</p> <p>- Concurso das palavras</p> <p>- Jogo do telefone</p>	<p>- Leitor de CDs</p> <p>- Palitos ou palhinhas</p> <p>- Agravador</p> <p>- Cola</p> <p>- Tesoura</p> <p>- Fita-cola</p> <p>- Folhas A4</p>	14.30h- 16.30h	
11	<p>- Criar um ambiente de baile de Santos populares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Venda de manjericos”, cada idoso tira uma rifa, a cor da rifa corresponde ao manjerico que tem a quadra escrita no papel da mesma 	<p>- Leitor de CDs</p>	14.30h- 16.30h	

	<p>cor</p> <ul style="list-style-type: none">• Música de Santos Populares <p>- Avaliar a satisfação dos idosos em Centro de Dia da intervenção dos Voluntários.</p>			
--	---	--	--	--

ANEXO XII - Ficha do idoso e de sua inscrição/referenciação para o voluntariado



VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO

FICHA DO IDOSO

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE	
NOME- _____	D.N.- ____/____/____
IDADE _____	RESIDÊNCIA _____
Telefone- _____	Estado Civil _____
Escolaridade _____	
Nome da pessoa de ligação (familiar, vizinho,...) _____	Telefone- _____
Entidade que referenciou _____	em ____/____/____

ÁREAS DE INTERESSE PARA APOIO DO VOLUNTARIADO:

ACOMPANHAMENTO (consultas; compras;...)	
COMPANHIA NO DOMICÍLIO	
CENTRO DE DIA	

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO

Tem > 65 anos		Com apoio social insuficiente	
Vive só ou com pessoa > 65anos		Sem apoio social	
Com apoio familiar insuficiente		Frequenta o Centro de dia	
Sem apoio familiar		Isolado geograficamente	
Com apoio social		Limitado ao domicílio	

Observações: _____

V. DOMICILIÁRIA (Data)	Saúde	Social	Segurança	Outros	Necessidades encontradas / encaminhamentos
1ª Avaliação - ____/____/____					1ª V.D. Avaliação -
Com Volunt.- ____/____/____					
Genograma / Ecomapa					V.D. com Volunt.-

RESUMO DE SITUAÇÃO/ OBSERVAÇÕES:

Nome do voluntário responsável	Tipo de “serviço” a prestar	Periodicidade
Data de admissão do idoso- ____/____/____	Data de alta - ____/____/____ Motivo _____	

ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA

(Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

		Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Muitas Vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	4	3	2	1
2	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	4	3	2	1
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	4	3	2	1
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8	Sou uma pessoa voltada para fora.	4	3	2	1
9	Há pessoas a quem me sinto chegado.	4	3	2	1
10	Sinto-me excluído/a.	1	2	3	4
11	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12	Sinto-me isolado/a dos outros.	1	2	3	4
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	4	3	2	1
14	Há pessoas que me compreendem realmente.	4	3	2	1
15	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	1	2	3	4
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17	Há pessoas com quem consigo falar.	4	3	2	1
18	Há pessoas a quem posso recorrer.	4	3	2	1

A pontuação mínima obtida é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens (metade destes foram formulados ao inverso - 1,4,5,8,9,13,14,17e18), e reflecte o índice de solidão. Assim, o maior número de pontos alcançados traduz solidão e uma pontuação baixa significa uma maior satisfação social (menor solidão)

ANEXO XIII - Ficha individual do utente de Cuidados Continuados UCC – Torres Vedras

ACES OESTE SUL
CENTRO DE SAÚDE DE T.VEDRAS

CUIDADOS CONTINUADOS

Folha individual do Utente (Resumo)– Colheita de dados



Unidade que referencia: _____ Data _____
Referencia: ____/____/____
Identificação do técnico: _____ Data Inicio _____
VD: ____/____/____
Motivo: _____

Nome: _____
Dt. Nasc: ____/____/____ - ____Anos
Morada: _____
Telf: _____ / _____
Nº Utente : _____ Nº Proc. _____ Méd. Família: _____
Extensão: _____
Sistema de Saúde: _____ Nº _____
Mod. 1889 : sim não

Genograma familiar:

Estrutura Familiar:

Nuclear Alargada Individuo Só
Recombinada Outra: _____

Cuidador principal:

Nome : _____ Parentesco: _____

Contacto: _____

Apoio Institucional:

não sim Qual: _____

Objectivo: _____ Nº vz/dia: _____

Tipo de Habitação: _____

Saneamento básico:

sim não Carência: _____

Data Param.							
T.A.							
Pulso							
BMT							
Hba1c							
Micro Albu.							
IPTB							
MDA							
Braden							
Push							
Morse							

ANEXO XIV - Contrato entre UCC/ Voluntário/ Idoso ou Família



CONTRATO

PROJETO DE VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO – FREGUESIA DO RAMALHAL

Este documento tem por objeto regular as mútuas relações entre o Centro de Saúde de Torres Vedras – Unidade de Cuidados na Comunidade, representada pela Enfermeira Filipa Alexandra Batista Inácio Carvalho do Nascimento (a exercer funções nesta UCC e em estágio no âmbito do Curso de Especialidade e Mestrado em Enfermagem Comunitária), o Voluntário _____ e o utente _____.

O serviço que o Voluntário se compromete no âmbito do projeto destina-se a:

- Acompanhamento (consultas, compras,...) ____
- Companhia no domicílio ____
- Visitas a lar/ centro de dia ____
- Outros _____

Num período de ____ horas/semana/mês, das ____-____, nos seguintes dias da semana _____.

A entidade organizadora do projeto:

- Realizará Visitas Domiciliárias aos utentes que se encontram no domicílio:
 - A primeira, para avaliação da situação,
 - Uma segunda, para apresentação do voluntário,
 - Periodicamente, para avaliação do impacto do projeto no terreno,
- Responsabiliza-se em dar a informação e formação necessária ao Voluntário periodicamente de forma a prestar melhores serviços,
- Encontra-se disponível para esclarecimento de dúvidas através dos seguintes contactos:
 - E-mail - enf.filipainacio.cstv@gmail.com
 - Telemóvel (Cuidados Continuados Polo Maxial) - 964440971
- Não se responsabiliza por qualquer custo acrescido ao serviço do voluntario, que dá o seu tempo e companhia.

O Voluntário:

- Deve andar com o seu cartão de identificação sempre que esteja em serviço,
- Tem como obrigação guardar sigilo referente ao utente/família,
- Não tem a obrigação de fazer nenhuma atividade para além do que foi estipulado neste contrato,
- Em caso de urgência deve contactar em primeiro lugar o 112 e posteriormente a pessoa responsável pelo projecto que informará a família.

O utente/ família:

- Deve respeitar a presença do voluntário,
- Deve informar com antecedência situações de ausência do domicílio, caso coincida nos dias combinados de visita do Voluntário.

Torres Vedras, ____ de _____ de _____

Responsável pelo Projeto

O Voluntário

O utente/ familiar

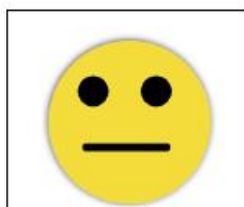
ANEXO XV – Questionário de avaliação do impacto do projeto aos utentes

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO PROJETO PELO UTENTE

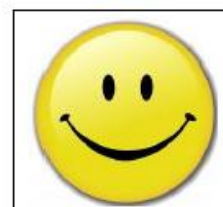
1 – O serviço/accompanhamento do voluntário tem ido ao encontro das suas expectativas?



NUNCA



ÀS VEZES



SEMPRE

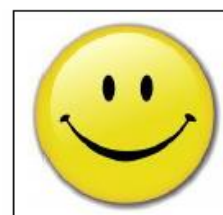
2 – Sente que é realmente compreendido pelo voluntário?



NUNCA



ÀS VEZES



SEMPRE

3 – Quando está na companhia do voluntário não partilha com ele os seus interesses e ideias?



NUNCA



ÀS VEZES



SEMPRE

4 – Quando está na companhia do voluntário sente-se excluído(a)?



NUNCA



Às VEZES



SEMPRE

5 – Quando está na companhia do voluntário sente-se:



MAL



NEM BEM/ NEM MAL



BEM

6 – Concorda com este projecto de Voluntariado?



SIM

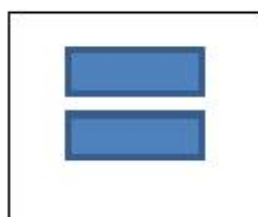


NÃO

7 – Acha que tem vantagem ser uma enfermeira a responsável pelo projeto?



SIM



SERIA IGUAL



NÃO

8 – Críticas e sugestões.



OBRIGADO!

Nome do utente -

ANEXO XVI – Questionário final incluindo a avaliação do impacto do projeto por parte dos voluntários

VOLUNTARIADO APOIO AO IDOSO

Questionário Final

Coloque Verdadeiro ou Falso em cada afirmação.

1 – O idoso/ pessoa idosa é:

Alguém apenas com um passado.	
É uma pessoa com passado e presente.	
É uma pessoa com passado, presente e futuro.	

2 – O envelhecimento é:

Um processo apenas físico (do corpo).	
Um processo com uma evolução diferente de pessoa para pessoa.	
Um processo que começa sempre aos 65 anos.	
Um processo que tem início desde o momento que nascemos.	

3 – A pessoa vive o seu processo de envelhecimento:

Sempre de forma positiva.	
Consoante a sua personalidade, a sua adaptação a mudanças e ao apoio que sente/tem.	
Sempre com revolta.	
Sempre com resignação.	

4 – A pessoa idosa pode sentir progressivamente:

Menor capacidade de amar (gostar do outro, ex.: netos, filhos).	
A diminuição das suas capacidades sensitivas (audição, visão, tacto,...).	
A perda da sua autonomia (de ser capaz de realizar todas as actividades de vida essenciais para manter o seu bem-estar/saúde)	
Perda de memória.	

5 – A pessoa idosa deve ser valorizada:

Pelos erros que faz.	
Pela experiência de vida que tem.	
Nas opiniões que dá.	

6 – Quando o idoso tem diminuição da audição (dificuldade em ouvir), devo:

Falar mais alto do que ele.	
Pronunciar bem as palavras tentando que o idoso olhe para mim.	

7 – Quando o idoso conta vezes sem conta a mesma história, devo:

Dizer-lhe que já contou aquela história vezes sem conta.	
Ouvir pacientemente a mesma história como se fosse a primeira vez.	
Compreender que o idoso tem problemas de memória e que para ele é importante falar dessa situação.	
Se for um acontecimento negativo conduzir a conversa de forma que o idoso recorde momentos felizes.	

8 – Quando um idoso se sente só:

Ao encontrar alguém que conhece fala muito.	
É uma pessoa triste.	
Arranja qualquer desculpa para ver/falar com alguém (gosta de chamar a atenção).	
Acha que ninguém gosta dele, todos o esqueceram.	
Coloca muita expectativa nas visitas que recebe.	
É uma pessoa difícil de ser enganado.	

9 – Voluntariado:

Existe uma Lei de Voluntariado organizado.	
O voluntário presta serviços neste âmbito de livre vontade.	
É uma forma das pessoas contribuírem para o bem comum, de toda a comunidade	

OBRIGADO!

_____/_____/_____

AVALIAÇÃO DO PERCURSO DO PROJETO PELOS VOLUNTÁRIOS

1 - As expectativas ao integrar este projeto estão a ser concretizadas?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

2 – Os temas abordados nas Reuniões/ Sessões de formação foram de interesse?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

3 - O que aprendi pode aplicar-se na prática?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

4 – Os formadores foram acessíveis na sua comunicação?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

5 – Os formadores estimularam a participação do grupo?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

6 – Houve originalidade na apresentação dos temas?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

7 – A sala e os equipamentos utilizados foram adequados?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

8 – Houve uma boa organização das reuniões/sessões de formação?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

9 – No dia-a-dia, em caso de necessidade a enfermeira mostra-se acessível?

Na totalidade	
Muito	
Suficiente	
Nada	

10 – Sente motivação para continuar com este projeto?

11 – Acha importante ser uma enfermeira responsável por este tipo de projeto? Justifique.

12 – Quais as maiores dificuldades/ entraves que sentiu no decorrer do projeto? Sugestões.

13 - O que “ganhou” enquanto pessoa ao prestar cuidados/ serviços no âmbito do “Voluntariado”/Apoio ao Idoso.

14 – Sugestões e críticas.

OBRIGADO!

____/____/____

ANEXO XVII – Pergunta PI[C]O e palavras-chave

Pergunta PI[C]O e Palavras chave

Pergunta PI[C]O: "Que intervenções de enfermagem (I) dão resposta às necessidades (O) da pessoa idosa só?"

		PALAVRAS CHAVE
PARTICIPANTES	Pessoa idosa só	Elderly Loneliness
INTERVENÇÃO	Que intervenções de enfermagem	nurs*
COMPARAÇÃO	Não foi aplicado	
OUTCOMES	Dão resposta às necessidades	Needs

ANEXO XVIII – Palavras-chave e seu cruzamento nas bases de dados científicas

Palavras-chave e seu cruzamento nas bases de dados científicas
17/08/2013

Palavras-chave	Número de artigos
A – Nurs*	53123
B - Needs	20369
C - Elderly	10195
D - Loneliness	314
Cruzamento das palavras-chave	
A+B	7280
A+C	2444
A+D	112
B+C	1108
B+D	65
C+D	59
A+B+C	517
A+B+C+D	9

ANEXO XIX – Critérios de seleção dos artigos científicos

Critérios de seleção dos artigos científicos

CRITÉRIOS	
INCLUSÃO	EXCLUSÃO
Contexto comunitário	Contexto hospitalar
População em estudo – idosos (do género masculino e feminino)	População em estudo: <ul style="list-style-type: none">- Idosos institucionalizados- Idosos apenas do género masculino ou só do género feminino- Não seja diretamente o idoso

ANEXO XX – Fichas resumo e tradução de artigos selecionados

ARTIGO/ ESTUDO N.º 1 - MABUZA, E.M., POGGENPOEL, M., MYBURGH C. - Perceived basic needs and resources for the elderly in the peri-urban and rural communities in the Hhohho region in Swaziland . **Curationis [Curationis]**, 2010, 33, pp.23-32. Consultado em 17/8/2013. – Artigo das Bases de dados: MEDDLINE with Full Test e CINAHL Plus with Full Test.

TÍTULO	Perceção das necessidades e recursos básicos para idosos nas comunidades peri urbanas e rural da região de Hhohho em Suazilândia
AUTORES	MABUZA, E.M., POGGENPOEL, M., MYBURGH C.
MÉTODO	Tipo de estudo – Qualitativo de carácter exploratório, descritivo e contextual Nível de evidência – Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).
OBJETIVOS	Explorar e descrever as necessidades e os recursos básicos para satisfazer as necessidades dos idosos nas comunidades peri urbanas e rurais na região Hhohho na Suazilândia
POPULAÇÃO	- Idosos (30) de ambos os géneros (masculino e feminino) com 60 e mais anos que viviam em comunidades peri urbanas e rurais na região Hhohho na Suazilândia e de baixo nível socioeconómico - Informantes chave (8), cujos critérios da amostra eram que estivessem bem informados das necessidades dos idosos e dos recursos da comunidade.
INTERVENÇÕES/ RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>O envelhecimento está a ocorrer num ritmo mais rápido nos países em desenvolvimento e a Suazilândia não é excepção. Os idosos constituem um grupo cujas necessidades básicas não são completamente compreendidas. A prevenção de doenças e a promoção da saúde podem ser a resposta a este desafio em desenvolvimento. Assim, torna-se um desafio para a comunidade de enfermeiros estudar as necessidades dos idosos e responder com respostas adequadas e eficazes.</p> <p>A desagregação familiar vem dificultar a satisfação das necessidades dos idosos que tradicionalmente eram colmatadas pela família que tinha a responsabilidade de fornecer alimentos, segurança e cuidar dos doentes. A imagem</p>

tradicional e os papéis dos idosos também estão a mudar; a falta de educação faz com que percam poderes e sejam privados de contribuir nos domínios económico, judicial e do seu papel de transmissão de conhecimentos. Este facto é mais evidente nas áreas rurais em que a geração mais jovem questiona a autoridade dos idosos, no entanto espera que os mais velhos cuidem dos netos...

Na Suazilândia 4,6% da população tinha 60 anos e mais (censos 1997), muitos em situação de pobreza e sob circunstâncias difíceis. **A urbanização e desintegração da família ameaça a segurança dos idosos, estas mudanças fazem emergir uma nova dimensão em relação ao cuidado e bem-estar dos idosos**, tornando-se um desafio e uma preocupação para as comunidades e também para os enfermeiros comunitários, Ministério da Saúde e de Bem-estar Social (Segurança Social). A falta de acessibilidade aos serviços de saúde por escassez de transportes é um problema.

Foram realizadas entrevistas face-a-face, as mesmas questões foram colocadas tanto aos idosos como aos informantes chave; foram áudio gravadas e transcritas pelo investigador, o estudo piloto foi realizado como um pré teste. Para além das entrevistas, a observação e notas de campo foram colocadas em estudo. Os princípios éticos foram respeitados. Como limitações, o foco do estudo estava nas percepções das necessidades e recursos dos idosos das comunidades peri urbana e rural na região de Hhohho, não pode ser generalizada a todos os idosos da Suazilândia.

Durante a análise dos dados foram identificados como temas: **necessidade de recursos** devido à pobreza; **necessidade de apoio** por causa do encargo de cuidar dos netos e outros; **necessidade de cuidados de saúde** por causa dos desafios; **necessidade de companhia** por causa da solidão; **necessidade de segurança** devido ao abuso.

Necessidade de recursos devido à pobreza – o estudo evidenciou as necessidades dos idosos e a falta de recursos incluindo habitação, segurança alimentar, vestuário, abastecimento de água e saneamento básico, fornecimento de electricidade e de recursos financeiros. A falta de um sistema de segurança social abrangente na Suazilândia, a elevada taxa de desemprego, o impacto de HIV/ AIDS, foram factores que agravaram a situação de pobreza.

Necessidade de apoio por causa do encargo de cuidar dos netos e outros – a maioria dos idosos mesmo negligenciados pelos filhos ainda são esperados para cuidar dos netos, de outras crianças e parentes. Estes idosos têm muita responsabilidade pois muitas vezes têm ao seu encargo crianças deficientes, familiares com HIV/ AIDS e outras doenças, representando grande tensão emocional para eles. Também foi referido que estes não recebem apoio quando

estão de luto.

Necessidade de cuidados de saúde por causa dos desafios – os participantes referiram diferentes desafios na perceção dos cuidados de saúde incluindo o tratamento cruel do pessoal da saúde, a falta de recursos e a falta de compreensão sobre as necessidades dos idosos.

Necessidade de companhia por causa da solidão – emocionalmente, um grupo considerável de participantes expressou o seu sentimento de desalento. Os idosos referiram que nada lhes trazia felicidade e só indo à igreja lhes reavivava a esperança, lhes trazia conforto espiritual para todos os problemas. O estudo vai ao encontro de uma recente investigação segundo LEETE (2004) em que há um aumento de pessoas a desejarem morrer em casa, assim como em relação às respostas de uma pesquisa realizada por uma enfermeira sobre as necessidades espirituais dos idosos, em que se concluiu que era significativa a necessidade de conforto e confiança. No estudo os idosos relatam vários motivos de viverem sozinhos ou de terem sido deixados sós como morte do cônjuge, negligência de membros da família, cuidados dos netos por morte dos filhos. A carga de enterrar os filhos foi destacada em quase todas as respostas. Também foi relevado pelo estudo a necessidade de companhia e de apoio social.

Necessidade de segurança devido ao abuso – esta necessidade emerge no estudo por relatos não só de alguns idosos mas também de um dos informantes chave. Isto foi suportado por várias reportagens nos jornais locais, a confirmação que o elemento abuso foi predominante nas notícias locais, onde foram citados casos de abuso em diferentes comunidades da Suazilândia. Foram relatadas situações de estupro e de violência física

As **recomendações são referentes à prática de enfermagem na comunidade, educação em enfermagem, investigação em enfermagem e ao Ministério da saúde e bem-estar social.**

Prática de enfermagem na comunidade – a enfermagem na comunidade deve desenvolver a longo prazo uma abordagem multidimensional para a melhoria da qualidade de vida e da saúde do grupo de idosos negligenciados. O objetivo deveria ser desenvolver os serviços geriátricos. Terem a preocupação da espiritualidade do idoso estar ao encargo de um capelão ou de um especialista no cuidado espiritual na doença e na morte. A enfermagem comunitária para **prevenir abusos deve de trabalhar com organizações contra o abuso** (Grupo de Ação contra o abuso na Suazilândia).

De forma a **evitar a solidão e depressão, os contactos com os amigos e familiares devem ser otimizados.**

Se a família recusa colocar noutra lugar o idoso vulnerável ao abuso, devem ser consideradas se tal negociação não for conseguida alternativas legais para proteção destes idosos.

Deveria haver educação para a saúde e gestão de serviços para ajudar os idosos a manterem-se no domicílio capacitando-os de forma a terem um papel ativo na promoção da sua saúde.

Educação em enfermagem – os enfermeiros em saúde do adulto e geriatria devem **expandir o seu repertório de promoção da saúde para atender às necessidades desta população**. São recomendados módulos que foquem o envelhecimento saudável incluindo a promoção da saúde, prevenção da doença, manutenção de funções cognitivas, apoio social e envolvimento ativo com a vida; porque reforçam estratégias de forma a maximizar o potencial do envelhecer saudável.

Investigação em enfermagem – os enfermeiros comunitários devem assumir **liderança em pesquisas que procuram resultados sobre promoção da saúde na prática clínica, protocolos, parcerias comunitárias e programas de forma a unir esforços para dar resposta às necessidades básicas dos idosos**. Investir no conhecimento baseado na evidência sobre cuidados espirituais sendo este um aspeto fundamental para o cuidado holístico. **Treinar a identificar a depressão dos idosos na comunidade pode ser uma intervenção bem sucedida em minimizar as preocupações que os deprimem e os isolam**.

Ministério da saúde e bem-estar social deve manter as despesas de cuidados segundo os recursos da família; política, investigação e programas são iniciativas necessárias à comunidade afetada pela pandemia HIV/ AIDS para identificar e dar resposta às necessidades de saúde dos cuidadores. O governo deve fornecer alimentos, roupas e abrigo aos idosos. São necessários cuidados paliativos. Os médicos não devem só cuidar dos idosos, mas a sua acessibilidade aos cuidados. Os enfermeiros devem ser gentis e amigáveis para os idosos. O governo precisa de desenvolver estratégias globais para parar o abuso. **Todos devem criar oportunidades para promover um envelhecimento saudável por trabalharem em equipa multidisciplinar frequentemente**.

Foi claro através dos resultados deste estudo que os idosos desta comunidade são negligenciados. Os idosos e os informantes – chave mostraram-se preocupados com a pobreza, a falta de acesso aos serviços de saúde, o fardo de cuidar dos outros, da solidão e do abuso.

ARTIGO/ ESTUDO Nº 2 - SAEVAREID HI; THYGESEN E; LINDSTROM, TC; NYGAARD, HA. - Association between self-reported care needs and the allocation of care in Norwegian home nursing care recipients. **International Journal Of Older People Nursing [Int J Older People Nurs]**. 2012, Vol. 7 (1), pp.20-28. Consultado em 17/8/2013. Artigo das Bases de dados: MEDLINE with Full Text e CINAHL Plus with Full Text .

TÍTULO	Associação entre auto-relato de necessidades de cuidados e atribuição de cuidados em receptores noruegueses de cuidados domiciliários de enfermagem.
AUTORES	SAEVAREID HI; THYGESEN E; LINDSTROM, TC; NYGAARD, HA
MÉTODO	Estudo transversal, com recurso ao modelo de regressão logística binária uni variada - Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).
OBJETIVOS	Investigar: - A relação entre auto relatos da doença, aflições diárias dos doentes e a frequência de cuidados de enfermagem no domicílio; - Se os recursos de coping dos pacientes influenciaram a atribuição de cuidados.
POPULAÇÃO	Participaram no estudo 242 pessoa com idades 75 e mais anos a receberem cuidados de enfermagem no domicílio.
INTERVENÇÕES/ RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>O estudo é relevante pelo facto dos cuidados de enfermagem no domicílio terem como objetivo principal melhorar a qualidade de vida e/ou manter a independência do paciente, atualmente tendo por base a ideia de paciente empowerment houve mudança em relação à resposta de cuidados de enfermagem no domicílio segundo a disponibilidade e prestação de acordo com a avaliação das necessidades do paciente. No entanto, pela necessidade de otimizar a atribuição de recursos limitados esta abordagem baseada nas necessidades do paciente é frequentemente limitada e nem sempre conseguida. Esta desproporção releva a necessidade de encontrar maior equilíbrio entre as necessidades individuais do paciente e quantidade de cuidados atribuídos. Por outro lado existe um conhecimento muito limitado sobre as relações entre as necessidades de cuidados das pessoas idosas e a quantidade do atendimento oferecido.</p> <p>Na Noruega os cuidados de enfermagem no domicílio é um direito de todo o cidadão independentemente do status económico, a oferta de serviços é durante o dia inteiro, tendo como objectivo ajudar as pessoas a permanecerem na sua própria casa.</p>

A amostra final do estudo foi de 212 pessoas (148 mulheres e 64 homens) com 84,5 anos de média de idades, dando uma taxa de resposta efectiva final de 69,5%. Foi aplicado um inquérito exaustivo sobre as habilidades de coping influenciarem a capacidade dos pacientes noruegueses que recebem cuidados de enfermagem domiciliários, viverem independentes e se isso tem influência na seleção de variáveis e escalas no presente estudo. A frequência de cuidados domiciliários de enfermagem foi a variável dependente, como variáveis demográficas foram incluídas a idade, o sexo, educação, vivendo com alguém e condições habitacionais. As escalas utilizadas foram: “Sense of Coherence (SOC) scale (Antonovsky, 1987)” - Senso de coerência (avalia o coping); “Revised Social Provisions Scale (SPS) (Cutrona et al., 1986; Cutrona & Russell, 1987)” - Provisões Sociais (avalia apoio social); “Abbreviated Subjective Health Complaints Inventory (SHC) (Eriksen et al., 1999)” – Reclamações subjectivas de saúde (registra queixas subjectivas somáticas e psicológicas); “Self-rated health (SRH)” – Auto avaliação da saúde, indicador do estado de saúde futuro (Benyamini & Idler, 1999); “General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972; Goldberg & Williams, 1988; Malt et al., 1989)” – Questionário de Saúde Geral (avalia a aflição psicológica); “Clinical Dementia Rating (CDR) (...) (Hughes et al., 1982)”- avalia a insuficiência cognitiva; “Barthel ADL index (Mahoney & Barthel, 1965)” – Índice ADL Barthel (avalia a incapacidade funcional nas atividades associadas com a vida diária).

Foram selecionadas e testadas variáveis (modelo binário de regressão uni variada) que deverão influenciar a frequência de cuidados domiciliários de enfermagem, apenas com um valor P igual ou inferior a 0,2 foram selecionadas para uma investigação mais profunda.

O presente estudo:

- Confirma estudos anteriores que mostram que o comprometimento funcional revelado no índice de incapacidade funcional nas atividades associadas com a vida diária é uma ameaça para que a pessoa viva de forma independente sendo um dos principais motivos para receber cuidados domiciliários de enfermagem;
- **Falta de apoio social influenciou a quantidade de cuidados de enfermagem domiciliários, apenas atribuídos quando os sentimentos de solidão estavam relacionados com maior incapacidade funcional nas atividades associadas à vida diária.**
- O nível educacional teve um efeito direto na quantidade de cuidados domiciliários de enfermagem, em pacientes com

mais educação receberam mais cuidados – pessoas com mais conhecimentos sobre os seus direitos de apoio social e de saúde.

Implicação para a prática de enfermagem:

- **Risco elevado de não relevar as necessidades emocionais como o sofrimento psicológico e a solidão se não forem acompanhadas de comprometimento funcional;**
- Deve ser mostrada uma atenção especial às pessoas idosas com baixa escolaridade quando são considerados os cuidados de enfermagem domiciliários por estas constituírem um grupo que pode estar a ser ignorado em relação às necessidades de apoio social;
- **Ter em consideração às queixas subjectivas e problemas emocionais das pessoas idosas com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida e manter a independência;**
- **Prioridades de recursos nos cuidados de enfermagem no domicílio devem ser alvo de discussão, por ser dada baixa prioridade aos aspetos subjectivos da vida dos pacientes.**

ARTIGO/ ESTUDO N.º 3 - REJEH, N; FOROUGHAN, M; VAISMORADI, M - Experience of loneliness in Iranian abused elders. **International Nursing Review**, 2012, Vol. 59 Issue 1, pp.139-145. Consultado em 17/8/2013. Artigo das Bases de dados: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive

TÍTULO	A experiência da solidão em idosos iranianos vítimas de abuso.
AUTORES	REJEH, N; FOROUGHAN, M; VAISMORADI, M
MÉTODO	Abordagem qualitativa, aplicada estratégia de amostragem proposital. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, os dados foram analisados utilizando o método Colaizzi (método fenomenológico de análise de dados). Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).
OBJETIVOS	Explorar a experiência de solidão em pessoas idosas iranianas abusadas.
POPULAÇÃO	Catorze idosos (cinco homens e nove mulheres) com 75 e mais anos, maltratadas, que vivem numa área urbana do Irão.
INTERVENÇÕES/ RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>A relevância do estudo é fundamentada em autores que consideram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A velhice é um terreno fértil para a solidão; - Que a perda do parceiro, deterioração da saúde, aumento da incapacidade funcional, diminuição da rede social e institucionalização são factores que influenciam a solidão da pessoa idosa; - As pessoas que experimentam a solidão têm um maior nível de dependência; - A solidão trás sérias consequências relacionadas com a saúde, associada a sentimentos depressivos de declínio cognitivo, pior qualidade de vida e idas frequentes ao médico; - Solidão e depressão estão interrelacionadas; - A solidão é um dos principais indicadores de bem-estar social que se manifesta por intensos sentimentos de abandono, vazio e desamparo; - Mulheres que experimentam a solidão sentiam-se negligenciadas e abandonadas; - Pessoas com scores mais elevados no sentimento de solidão apresentam quatro vezes mais probabilidade de sofrer de maus tratos que as com menor pontuação; - Ter conhecimento sobre as exigências das pessoas idosas é uma necessidade de enfermagem para lhes oferecer

cuidados de alta qualidade e serem implementadas políticas de saúde e médicos de forma adequada.

No Irão as pessoas com 60 e mais anos representam cerca de 7,3% da população, 84% são analfabetos e 70% vivem em cidades – dados do Ministério da saúde e educação Médica (2009).

Existem poucos estudos para focar ao mesmo tempo o abuso e a experiência de solidão dos idosos iranianos.

Atualmente a sociedade do Irão encontra-se em mudança trazendo transformações à família nuclear, de comunidades rurais para urbanas, na posição socio económica das pessoas idosas e nos valores das gerações mais jovens. A sociedade iraniana não oferece os serviços necessários para apoio ao idoso, criando um clima tenso nas famílias potencializando sentimentos destrutivos como ressentimento, raiva, depressão e desespero podendo levar a maus tratos. Baseados em REJEH et al (2010) salientam que a pesquisa, **reconhecer e aliviar esses sentimentos são os principais deveres da prática dos enfermeiros (prestadores de cuidados de primeira linha dos idosos e famílias).**

O abuso a uma pessoa idosa tem-se mostrado o principal fator que contribui para o sentimento de solidão entre os idosos iranianos (HERAVI-KARIMOOI et al 2010).

Para este estudo foi considerada a **definição de abuso como prática de acção dolorosa intencional ou não, ou recusa em prover as necessidades necessárias, apresentando-se de várias formas: negligenciada, diminuição da autonomia, abuso financeiro, violência psicológica, violência física e abandono.**

Os participantes selecionados para o estudo para além de terem 75 e mais anos, serem vítimas de abuso:

- O abuso foi avaliado pela aplicação de um questionário “Iranian Domestic Elder Abuse” (instrumento que mede os diferentes tipos de abuso incluindo negligência de cuidados; abuso físico, psicológico e emocional; abuso financeiro, redução da autonomia pessoal e abandono);
- Submetidos à Escala de Solidão da Universidade da Califórnia Los Angeles na versão iraniana de 20 itens em que a pontuação obtida foi de ≥ 34 (a pontuação é de 28-80, os scores mais altos indicam percepção de um maior nível de solidão);
- Apresentaram scores ≥ 6 no Mental Teste Score na versão abreviada para medir o funcionamento cognitivo (a pontuação é de 1-10 em que os scores mais elevados indicam maior nível de função cognitiva);
- Serem residentes numa área urbana do Irão e viverem nas suas próprias casas;

- Capazes de falar, ouvir e compreender a língua persa;
- Mostrarem vontade de participar no estudo.

Os participantes foram submetidos a entrevistas em que foram convidados a **descrever pelas suas palavras os seus sentimentos de solidão**. O estudo foi aprovado pelo comité de ética. Da análise dos dados **emergiram três temas: “sentimento de dor e sofrimento”; “sentimento de ser um estranho” e “sentimentos de privação”**.

Os **idosos descreveram a solidão como uma falta de relações humanas e satisfatórias**, esta sensação não está relacionada com a frequência de contacto com amigos e filhas com a satisfação desses contactos. A solidão de acordo com os participantes não foi sinónimo de ficar sozinho, a maioria vivia com membros de família mas emocionalmente sentiam-se solitários. Estes referiram que o sentimento de solidão não foi só uma consequência de abuso, mas também criou situações que aumentaram o comportamento abusivo.

O estudo mostrou que **os participantes devido à solidão sofreram impactos negativos na saúde física e mental**, que vai ao encontro de outros autores como RUBENSTEIN e SHAVER (1980) que afirmam que houve uma **forte ligação entre a solidão e sintomas psicossomáticos (cefaleias, falta de apetite e astenia)**, LYNCH (1977) ao afirmar que a **solidão tornou as pessoas susceptíveis a doenças sérias** e LIU & GUO (2007) em que **a solidão foi associada à baixa qualidade de vida especialmente mental entre os idosos**.

O sofrimento e a dor na vida emergiram predominantemente neste estudo, do relato dos idosos vítimas de abuso. **O conceito de solidão é designado como um angustiante sentimento de dor e sofrimento**.

O **sentimento de ser um estranho** também emergiu do estudo, este sentimento não está associado às circunstâncias externas, mas sim às pessoas que **não estavam satisfeitas com as suas condições de vida**. O sentimento de solidão é experienciado como vergonhoso, havendo estudos que **associam o estigma à solidão**. A solidão nos participantes do estudo tinha sido dramatizada pelos efeitos cumulativos de abuso, pois estes foram sujeitos a uma série de privações e perdas (privação dos direitos humanos, das necessidades básicas, de respeito, de apoio social; redução da autonomia, situação de pobreza, abandono e relações sociais limitadas).

Os participantes acreditaram que voltando a casar diminuiria o sentimento de solidão, mas a oposição de seus filhos e a barreira cultural fizeram com que a solução fosse inacessível. A referência a outros estudos que descrevem **solidão**

como uma reacção às circunstâncias específicas da vida, como a experiência de sentimento de perda, abandono, privação, conflito social, pobreza, baixos rendimentos e falta de apoio social.

O estudo revelou que **a combinação de abuso, velhice e privação aumentou o sofrimento e a dor assim como a experiência de solidão**; sugerindo que **os enfermeiros abordem fatores como negligência, abuso e privação durante a avaliação de pacientes idosos, pois estes factores influenciam a experiência de solidão**. O estudo ajuda os enfermeiros a nível internacional **traçarem estratégias para a prevenção de abuso ou aliviar o sentimento de solidão nas pessoas idosas**. Qualquer intervenção deve ter em conta a grande vulnerabilidade dos idosos decorrentes dos efeitos cumulativos do envelhecimento, privação e sofrimento do abuso, **dando às pessoas idosas um sentido renovado para a vida**. O estudo pode melhorar a nível mundial o conhecimento dos enfermeiros especialmente em psicogeriatría e proporcionar um melhor discernimento para os formuladores de políticas de assistência social sobre as necessidades e sentimentos das pessoas idosas que sofrem de abuso.

ARTIGO/ ESTUDO N.º 4 - ELORANTA, S; ARVE, S; ISOAHO, H; WELCH, A; VIITANEN, M.; ROUTASALO, P. Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. **Journal of Clinical Nursing**. 2010. Vol. 19 Issue 5/6, pp.847-855. Consultado em 17/8/2013. Artigo das Bases de dados: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

TÍTULO	Percepções do bem-estar psicológico e cuidados de idosos clientes em cuidados domiciliários: os clientes e seus cuidadores.
AUTORES	ELORANTA, S; ARVE, S; ISOAHO, H; WELCH, A; VIITANEN, M.; ROUTASALO, P.
MÉTODO	Estudo descritivo, pesquisa com questionário (aplicada estatísticas descritivas e tabelas de frequência). Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).
OBJETIVOS	Investigar e comparar a percepção do bem-estar psicológico e cuidados por parte dos idosos em cuidados e seus profissionais e identificar possíveis diferenças entre essas percepções.
POPULAÇÃO	Idosos que usufruíram de cuidados domiciliários (200 idosos) e prestadores de cuidados sociais e de saúde em 2007 (570 profissionais).
INTERVENÇÕES/ RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>O bem-estar psicológico apresenta-se associado ao envelhecimento bem sucedido representando uma dimensão importante na qualidade de vida. Este bem-estar pode ser avaliado por diversos critérios como a presença de depressão, satisfação com a vida, solidão, felicidade e planos para o futuro. Sentimentos como a solidão e a depressão têm sido identificados como riscos psicológicos para o bem-estar das pessoas idosas. Baixos níveis de bem-estar podem contribuir para maior institucionalização das pessoas idosas.</p> <p>A assistência domiciliar está cada vez mais direcionada para clientes com maiores necessidades em relação às atividades de vida diárias, com tendência a ignorar serviços que apoiem as necessidades psicossociais dos clientes, sendo os idosos considerados pessoas com maior risco de solidão, depressão, isolamento social e diminuição da mobilidade, há necessidade de uma avaliação e de gestão de cuidados com visão holística da situação do idoso.</p> <p>Este estudo foi aplicado numa região urbana do sudoeste da Finlândia. Foi aleatoriamente distribuído um questionário postal a 200 idosos que recebem apoio domiciliário incluindo de saúde, em 2007. A taxa de resposta foi de 60%. Os</p>

membros da equipa profissional (entre os quais enfermeiros e médicos) de apoio domiciliário da mesma área geográfica (570 profissionais) receberam um questionário correspondente em que a taxa de resposta foi de 65%. A validade do questionário foi verificada.

A média de idades do grupo profissional foi de 45 anos, a maioria do sexo feminino; cerca de metade com experiência profissional com idosos há mais de 11 anos; do grupo de clientes a média de idades foi de 84 anos a maioria mulheres que viviam sozinhas.

As perceções dos clientes idosos e dos profissionais relativas ao bem-estar psicológico a maioria destes acredita que os idosos ficaram satisfeitos com as suas vidas e que tinham gosto pela vida. No entanto em relação aos idosos terem planos para o futuro, 63% dos profissionais referiram a perceção destes não terem planos, díspar à perceção dos próprios idosos que referiram a mesma coisa mas em 75%.

Enquanto os clientes idosos referiram 62% em relação ao sentimento de depressão e 54% sofrer de solidão pelo menos algumas vezes, os profissionais indicaram significativamente mais frequente os dois sentimentos. **Apenas 28% dos clientes idosos referiram que o grupo profissional estava preocupado com o seu sentimento de solidão, díspar com os 55% dos profissionais que se sentiam preocupados com este sentimento por parte dos idosos.**

Embora os clientes idosos se mostrem em geral satisfeitos com a vida a depressão e a solidão foram auto-referidas, em contrapartida a perceção dos profissionais era maior que a dos próprios idosos não só em relação ao se sentirem deprimidos, sofrerem de solidão como também a não terem planos para o futuro. No entanto os clientes idosos estavam insatisfeitos com o apoio do grupo profissional a respeito da depressão ou dos sentimentos de solidão. Os idosos e os profissionais diferem nas suas avaliações em relação à resposta das necessidades dos idosos.

A prestação de cuidados tem por base no que os profissionais consideram importante para o cliente sem saberem a opinião deste, por estes profissionais não terem tempo suficiente para falar e ouvir os clientes de forma a terem conhecimento das suas perspetivas.

O estudo mostra resultados em que se verifica que os profissionais têm dificuldade em identificar os clientes idosos com baixo bem-estar psicológico, dando ênfase à necessidade destes utilizarem ferramentas de avaliação deste bem estar incluindo as perspetivas do cliente.

Para que os clientes idosos continuem a viver em casa os profissionais precisam prestar cuidados de saúde bem como ao seu sentimento pessoal de bem-estar.

Relevância para a prática clínica – Numa perspectiva de enfermagem os resultados do estudo oferecem pistas para o planeamento de serviços domiciliários e intervenções de enfermagem:

- Os profissionais precisam de mais **conhecimento e compreensão sobre o bem-estar psicológico dos clientes, de modo a serem capazes de identificar aqueles em risco de baixo bem-estar psicológico;**

- Os profissionais precisam de treino de como podem **acompanhar e avaliar as suas intervenções** de forma a garantirem que tenham o efeito desejado com relevância para os clientes individualmente. **Através de visitas domiciliárias regulares, de uma avaliação sistemática e intervenções eficazes, com foco nas necessidades individuais do cliente,** os profissionais podem aumentar a capacidade do seu cliente viver independentemente em casa. Significa que **na prática os profissionais precisam de ferramentas válidas de avaliação multidisciplinar que incluem também a avaliação do cuidado, as perspetivas dos clientes para que esta não seja baseada apenas nas hipóteses dos profissionais;**

- Os profissionais devem ter uma **mente aberta e ouvirem os clientes idosos sobre o que consideram relevante nos seus cuidados e adaptarem-se.**

A melhoria no atendimento domiciliário e da qualidade deste deve ser constantemente medidos e avaliados envolvendo os clientes idosos no processo.

ARTIGO/ ESTUDO N.º 5 - ELORANTA, S; ROUTASALO, P; ARVE, S. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. **International Journal Of Nursing Practice [Int J Nurs Pract]**. 2008; Vol. 14 (4), pp. 308-314. Consultado em 17/8/2013. Artigo das Bases de dados: MEDLINE with Full Text, CINAHL Plus with Full Text

TÍTULO	Recursos de apoio à vida em casa, como descrito por antigos clientes de cuidados domiciliários.
AUTORES	ELORANTA, S; ROUTASALO, P; ARVE, S
MÉTODO	Descritivo com análise indutiva do conteúdo. Nível VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study (Evidências de um estudo descritivo ou qualitativo único).
OBJETIVOS	Descrever as percepções dos idosos que têm cuidados domiciliários sobre os seus recursos pessoais e factores que melhoram e restringem a sua capacidade de viver em casa.
POPULAÇÃO	Idosos clientes de cuidados domiciliários com 75 e mais anos (17 mulheres e 4 homens), sendo os clientes uma amostra de conveniência.
INTERVENÇÕES/ RESULTADOS E DISCUSSÃO	<p>A Finlândia tem uma das taxas mais rápidas de crescimento para a população idosa. Neste país os cuidados domiciliários são prestados por unidades de serviço de Assistência ao domicílio (assistência social) e unidades de enfermagem (cuidados de saúde); os serviços foram concebidos para apoiarem a vida autónoma de modo que as pessoas idosas possam permanecer o mais tempo possível no seu ambiente familiar. O relato de pessoas idosas salientam que são importantes recursos no envelhecimento para o bem-estar físico e factores psicossociais, como ter sentido para a vida, sendo útil para a sociedade e para os outros.</p> <p>O estudo dá ênfase ao facto de as pessoas idosas aumentarem os seus recursos participando em várias atividades, aqueles que são fisicamente ativos relatam altos níveis de bem-estar de forma similar também àqueles que participam em atividades sociais. Ao contrário, o isolamento social pode levar à institucionalização precoce, à solidão e à depressão da pessoa idosa. Os maiores obstáculos que dificultam a participação entre as pessoas idosas são os problemas de saúde e de transportes.</p> <p>A colheita de dados foi realizada por entrevistas não-estruturadas a análise dos dados foi feita por método indutivo. As questões de ética foram garantidas. Embora os resultados não possam ser generalizados, em situações semelhantes</p>

podem ser transferidos. Os resultados do estudo foram divididos por temáticas:

- **Recursos da pessoa idosa** – Foram descritos dois tipos de recursos, **um sentimento de controlo da sua própria vida e a determinação de permanecer ativo**. O sentimento de controlo da vida foi associado pelo desejo em permanecer nas suas próprias casas e conseguirem influenciar o percurso das suas vidas. A determinação em permanecerem ativos revelou-se na forma como os idosos entrevistados queriam e esforçavam-se em executar as suas atividades diárias.

- **Fatores que melhoram os recursos da pessoa idosa** – Os recursos aos idosos foram reforçados através da **manutenção de atividades de lazer e de redes sociais e estes continuaram a envolver-se em muitas atividades e hobbies**. Em casa lêem livros, ouvem música, bordam, fazem palavras cruzadas, cerâmica; fora de casa atividades ao ar livre...Alguns dos idosos não podem aderir a atividades fora de casa a não ser se o transporte for assegurado pelos profissionais dos cuidados domiciliários ou por familiares.

A rede social dos idosos consistia nos familiares próximos, amigos e profissionais dos cuidados domiciliários, esta rede dá apoio emocional e prático. Os familiares próximos (cônjuge, filhos e netos) associados ao cuidado geral e vigilância; tendo estes um grande significado para o idoso por lhes darem sentido para a vida. Estes familiares também ajudam em situações do quotidiano: compras, cozinhar,...**Nos idosos em que as visitas dos familiares eram escassas ou por já não terem familiares, os contactos com os amigos e os profissionais de cuidados domiciliários eram essenciais**. Os idosos referiram que **precisavam de um ouvinte alguém para conversar**. **As visitas regulares pelos profissionais reforçam o sentimento de segurança o que é do agrado dos idosos**.

- **Fatores que ameaçam os recursos dos idosos** :

- Condições de vida impostas por estranhos (decisões em relação ao cuidar tomadas pelos profissionais de cuidados domiciliários sem consultarem o idoso);
- Deterioração da saúde (problemas de mobilidade, internamento,...);
- **Solidão** – a experiência de **solidão foi relacionada com o óbito de alguém de não terem ninguém para conversar**. A necessidade de partilhar os pensamentos e de companhia era maior à noite e nos fins de semana.

Para que os idosos consigam viver de forma independente em casa requer não só a existência de recursos mas

	<p>também a capacidade de utilizar os mesmos. Os resultados do estudo mostram que os profissionais não prestam atenção suficiente aos recursos dos participantes (idosos) e ao uso desses recursos nos cuidados domiciliares, tomam decisões na prestação de cuidados tendo em conta apenas o que consideram relevante para o cliente em vez de ouvir e ter em conta as suas opiniões impedindo que este tenha um uso mais efectivo nos seus cuidados.</p>
--	--