

**Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

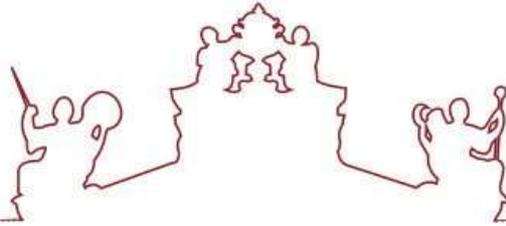
Promoção da saúde no idoso com alterações cognitivas e motoras pós isolamento Covid-19

Jéssica Catarina Pereira Costa

Orientador(es) | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Évora 2022





**Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

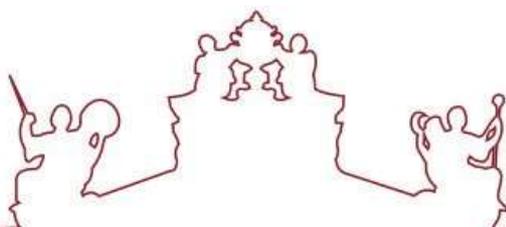
**Promoção da saúde no idoso com alterações cognitivas
e motoras pós isolamento Covid-19**

Jéssica Catarina Pereira Costa

Orientador(es) | Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Évora 2022





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Adriano Pedro (Universidade de Évora)

Vogais / Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Orientador)
Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora) (Arguente)



EPÍGRAFE

“Há uma idade na vida em que os anos passam demasiado depressa e os dias são uma eternidade”

Virginia Wolf

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer aos meus pais, Dina e Hélder e ao João pela força e apoio incondicional que sempre me deram. Foram sem dúvida muito importantes para ultrapassar todas as minhas dificuldades e adversidades. E por terem acreditado sempre em mim e nas minhas capacidades.

Agradeço à enfermeira A.S. que supervisionou o meu estágio, pela ajuda, disponibilidade, apoio incondicional, aprendizagem e ensino nos estágios e acima de tudo por nunca ter desistido de mim.

À professora Ana Canhestro pela orientação, aprendizagem e competência que sempre teve para a conclusão deste projeto de intervenção, que sem dúvida foi essencial.

Aos enfermeiros (as) da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) onde foram realizados os estágios, que se prontificaram sempre em me ajudar e a esclarecer dúvidas, onde foram muito importantes para a concretização deste projeto.

Também agradeço aos representantes e colaboradores dos Centros Seniores e a todos os Utentes dos Centros Seniores, por me terem recebido e tudo se tornasse possível, sem eles não teria conseguido.

Aqui deixo um grande agradecimento a todos vós.

RESUMO

Introdução: Com a situação sanitária que atravessamos atualmente, resultado da pandemia Covid-19, os idosos foram obrigados a isolar-se no domicílio devido à sua saúde mais debilitada / antecedentes de saúde que apresentam e aos riscos associados a uma idade mais avançada, sendo previsível que muitas das funções cognitivas e motoras tenham ficado mais deterioradas com a pandemia. **Objetivo:** Conhecer as alterações cognitivas e motoras que podem ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia e atuar, minimizando esse impacto. **Método:** Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi realizado um projeto de intervenção comunitária, direcionado para os utentes dos Centros Seniores. Foram aplicados questionários que contém escalas de avaliação como a Mini Mental, Barthel e da Solidão, realizadas atividades lúdicas e sessões de educação para a saúde. **Resultados:** Na revisão da literatura efetuada constatou-se que após o isolamento provocado pela pandemia, imposto pelas necessárias medidas de controlo da doença, houve um potenciamento das alterações cognitivas e foi também manifestado um sentimento de solidão. Estes resultados não foram tão evidentes na população-alvo, contudo considerou-se pertinente desenvolver um projeto que promovesse a saúde cognitiva e a saúde social dos idosos. **Conclusão:** Foram planeadas atividades para promover a saúde cognitiva e social dos utentes dos Centros Seniores que poderão ser posteriormente replicadas noutros contextos. Não tendo sido possível colocar em prática todas as intervenções planeadas, na população-alvo, devido ao agravamento da pandemia, todo o material foi preparado e disponibilizado à enfermeira responsável pela continuidade do projeto de intervenção comunitária.

Palavras-chave: Idoso, Covid-19, Isolamento, Promoção da saúde, Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Health promotion in the elderly with cognitive and motor changes after Covid-19 isolation

Abstract

Introduction: With the health situation we are currently experiencing, as a result of the Covid-19 pandemic, the elderly were forced to isolate themselves at home due to their poorer health / health history they present and the risks associated with an older age, being predictable that many of the cognitive and motor functions have deteriorated further with the pandemic. **Objective:** To know the cognitive and motor changes that may have been enhanced by the isolation caused by the pandemic and to act, minimizing this impact. **Method:** Based on the Health Planning Methodology, a community intervention project was carried out, aimed at users of the Senior Centers. Questionnaires containing evaluation scales such as Mini Mental, Barthel and Loneliness were applied, with recreational activities and health education sessions. **Results:** In the literature review carried out, it was found that after the isolation caused by the pandemic, imposed by the necessary disease control measures, there was a potentiation of cognitive changes, and a feeling of loneliness was also manifested. These results were not so evident in the target population; however, it was considered pertinent to develop a project that promoted the cognitive health and social health of the elderly in two senior centers. **Conclusion:** Activities were planned to promote the cognitive and social health of users of the Senior Centers. However, as it was not possible to implement all the planned interventions in the target population, due to the worsening of the pandemic, all the material was prepared and made available to the nurse responsible for the continuity of the community intervention project.

Keyword: Elderly, Covid-19, Isolation, Health Promotion, Community and Public Health Nursing.

LISTAGEM DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARS - Administração Regional de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HTA - Hipertensão arterial

MMSE - Mini Mental State Examination

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCLA - University of California at Los Angeles

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WBS - Work-Breakdown Structure

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	15
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1.	ENVELHECIMENTO	18
2.1.1.	Envelhecimento individual – Declínio cognitivo e físico no idoso	19
2.1.2.	Envelhecimento demográfico	21
2.1.3.	Impacto da Covid-19	21
2.2.	MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER - A TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	23
2.3.	LITERACIA EM SAÚDE	26
3.	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO	29
3.1.	POPULAÇÃO E INDICADORES DEMOGRÁFICOS	29
3.1.1.	Densidade populacional	30
3.1.2.	Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral.....	30
3.1.3.	Taxa bruta de mortalidade.....	31
3.1.4.	Índice de envelhecimento	31
3.2.	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	32
4.	METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	36
4.1.	DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	36
4.1.1.	Caracterização da população/utentes	36
4.1.2.	Considerações Éticas	38
4.1.3.	Instrumentos, Técnicas e Procedimentos	39
4.1.4.	Apresentação e análise de dados.....	40
4.2.	DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	51
4.3.	DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	53
4.4.	SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	55
4.5.	PREPARAÇÃO OPERACIONAL	55
4.5.1.	Previsão de recursos	59
4.6.	PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO	60
5.	AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	61
6.	CONCLUSÃO.....	66
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Folha de rosto do questionário.....	74
Anexo II - Escala Mini Mental.....	76
Anexo III - Escala de Barthel.....	79
Anexo IV - Escala da Solidão.....	82

INDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma	85
Apêndice II - Consentimento Informado para os participantes.....	87
Apêndice III- Resumo do artigo científico	90
Apêndice IV - Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos.....	93

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pontuação representativa relativamente à Orientação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A.....	40
Gráfico 2 - Pontuação representativa relativamente à Orientação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior	41
Gráfico 3 e 4 - Pontuação representativa relativamente à Retenção do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	41
Gráfico 5 e 6 - Pontuação representativa relativamente à Evocação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	42
Gráfico 7 e 8 - Pontuação representativa relativamente à Atenção e Cálculo do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	42
Gráfico 9 e 10 - Pontuação representativa relativamente à Linguagem c) do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	43
Gráfico 11 e 12 - Pontuação representativa relativamente à Linguagem e) do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	43
Gráfico 13 e 14 - Pontuação representativa relativamente à Habilidade Construtiva do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B	44
Gráfico 15 e 16 - Pontuação representativa da Escala de Barthel demonstrando qual a atividade que apresentou menor pontuação	45
Gráfico 17 - Respostas à pergunta “Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?” - Centro Sénior A.....	46
Gráfico 18 - Respostas à pergunta “Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?” - Centro Sénior.....	46
Gráfico 19 - Respostas à pergunta “ Sente que não tem alguém com quem falar?” - Centro Sénior A	47
Gráfico 20 - Respostas à pergunta “ Sente que não tem alguém com quem falar?” - Centro Sénior B	47
Gráfico 21 - Resposta à pergunta “Sente-se completamente só?” - Centro Sénior A.....	48
Gráfico 22 - Resposta à pergunta “Sente-se completamente só?” - Centro Sénior B	48
Gráfico 23 - Resposta à pergunta “Sente-se isolado das outras pessoas?” - Centro Sénior A	49
Gráfico 24 - Resposta à pergunta “Sente-se isolado das outras pessoas?” - Centro Sénior B.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População e Indicadores demográficos. Fonte: PORDATA (2021).....	29
Tabela 2 - Densidade populacional. Fonte: PORDATA (2021)	30
Tabela 3 - Taxa Bruta de Natalidade. Fonte: PORDATA (2021).....	30
Tabela 4 - Taxa de Fecundidade geral. Fonte: PORDATA (2021).	31
Tabela 5 - Taxa Bruta de Mortalidade. Fonte: PORDATA (2021).	321
Tabela 6 - Índice de envelhecimento. Fonte: PORDATA (2021).....	32
Tabela 7 - Determinação de Prioridades pelo Método de Hanlon (criação própria)	52
Tabela 8 - Objetivos específicos e operacionais (criação própria).....	54
Tabela 9 - <i>Stakeholders</i> do Projeto (criação própria)	55
Tabela 10 - Gestor, equipa de gestão e equipa de execução (criação própria).....	55
Tabela 11 - Gestão de Risco (criação própria)	58
Tabela 12- Revisão das estratégias e dos objetivos (criação própria)	51
Tabela 13 - Previsão de Recursos – Aplicação de questionários (criação própria).....	59
Tabela 14 - Custos previstos - Aplicação de Questionários (criação própria).....	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte Canhestro, 2018 adaptado Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011.....	24
Figura 2 - Agrupamentos de Centro de Saúde. Fonte: Plano Local de Saúde Barlavento – Algarve 2017-2020 - ARS Algarve - Agrupamento de Centros de Saúde	32
Figura 3 - Distribuição das inscrições CSP (UCC do Município X). Fonte: SNS (2021).....	34
Figura 4 - Work-Breakdown Structure (WBS) (criação própria)	57

1. INTRODUÇÃO

O presente Relatório, surge no âmbito da 5ª Edição do Mestrado em Enfermagem (em Associação), área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em funcionamento na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, tendo como principal finalidade descrever e analisar o desenvolvimento de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Estas competências estão sobretudo relacionadas com a concretização do projeto de intervenção comunitária, realizado durante o Estágio final, que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC], do sul do país, no período entre 16 de outubro de 2021 e 21 de janeiro de 2022.

A UCC é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico, social, domiciliário e comunitário sobretudo a utentes e grupos mais frágeis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença (Manual de Acolhimento UCC X, 2019).

Acompanhando a tendência mundial, a população está cada vez mais envelhecida em Portugal (INE, 2017), sendo de salientar que também, no concelho onde se desenvolveu o estágio, assistimos ao envelhecimento da população, devido à diminuição da população jovem e ao aumento da população idosa.

De acordo com projeções apresentadas pela OMS, entre 2015 e 2050, a nível mundial, a população com mais de 60 anos quase dobrará de 12 % para 22% (OMS, 2021a). Outras projeções apontam para que, na população mundial, entre 2015 e 2080 o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões e que, em Portugal, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar no mesmo período, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens (INE, 2017). De acordo com estas projeções, a região mais envelhecida, em 2080, será o Norte (em 2015 era o Alentejo), e a região menos envelhecida será o Algarve (em 2015 era a Região Autónoma dos Açores) (INE, 2017).

No que respeita à percentagem de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, em 2020, o concelho em apreço apresenta resultados ligeiramente inferiores (21%) que os resultados nacionais (22%) (PORDATA, 2021).

Com a situação sanitária que atravessamos atualmente, resultante da pandemia Covid-19, os idosos foram obrigados a isolar-se no domicílio devido à sua saúde mais debilitada / antecedentes de saúde que apresentam e pela fragilidade própria do envelhecimento. Muitas das funções cognitivas e físicas ficaram certamente mais deterioradas com a pandemia, como consequência desse isolamento.

Conscientes de que a “velhice não deve ser encarada como o fim do nosso percurso de vida, mas como uma importante etapa como todas as outras ao longo da nossa vida” (Rocha, 2018, p.3),

a escolha do tema emergiu das entrevistas iniciais realizadas com a equipa multidisciplinar da UCC e respetiva Coordenadora, onde foi identificada uma preocupação relacionada com as alterações cognitivas e motoras nas pessoas idosas que pudessem ter sido agravadas pelo isolamento devido à Covid-19. Esta preocupação emergiu da perceção dos enfermeiros de que os utentes que ingressavam na ECCI demonstravam algumas alterações quer a nível cognitivo quer motor, que poderiam estar a ser potenciadas pelo isolamento imposto pela Covid-19. A partir deste preocupação e porque não tinha sido efetuada uma avaliação prévia, realizou-se uma pesquisa em bases de dados científicas que nos permitissem documentar esse problema e identificar as intervenções de enfermagem que pudessem dar-lhe resposta e a partir daí desenvolver um projeto que pudesse ter continuidade na UCC e permitindo identificar e atuar precocemente nas alterações cognitivas e motoras da população idosa.

No projeto de intervenção comunitária, pretendeu-se conhecer as alterações cognitivas e motoras na população alvo (que podem ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia) e atuar no sentido de as minimizar. Para a realização do diagnóstico da situação foram utilizados questionários, que contém escalas de avaliação como a Mini Mental, Barthel e da Solidão.

Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, o projeto de intervenção comunitária, intitulado “Promoção da saúde no idoso com alterações cognitivas e motoras pós isolamento Covid-19”, teve como objetivo geral: Conhecer as alterações cognitivas e motoras que podem ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia e atuar, minimizando esse impacto. Definiram-se como objetivos específicos: compreender o impacto que o isolamento social, provocado pela Covid-19, teve sobre a atividade motora e cognitiva; e identificar medidas de intervenção para combater esse impacto.

A população-alvo deste projeto foram todos os utentes que se encontravam inscritos em dois Centros Seniores de um concelho da região do Algarve. Esta escolha dos idosos inscritos nos Centros Seniores deve-se ao facto de apresentarem uma saúde frágil e mais debilitada assim como de se demonstrarem mais capacitados para responderem aos questionários. Os utentes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão que foram antecipadamente definidos. Assim, para aferir as necessidades reais da saúde da população alvo e indo ao encontro da Metodologia de Planeamento em Saúde foram aplicados instrumentos de colheita de dados. Após a aplicação destes instrumentos, foi possível identificar as necessidades da população-alvo e conjugá-las com o definido na revisão bibliográfica efetuada. Foram posteriormente definidas estratégias de intervenção tendo por base a promoção da saúde e a promoção da literacia em saúde, de forma de modo a alcançar os objetivos que foram atempadamente delineados.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública apresenta um papel fulcral ao nível da promoção da saúde tanto individual como coletiva, através de um processo de capacitação de modo a obter ganhos em saúde (Diário da República, 2018).

Para além da Introdução e da Conclusão o presente relatório de estágio encontra-se dividido em três capítulos principais. O primeiro capítulo contempla o Enquadramento Teórico para o qual foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica através de artigos publicados, normas de orientação, legislação, livros técnicos e científicos e onde se incluem os resultados da scoping review realizada. Nesse capítulo aborda-se o processo de envelhecimento, o impacto da Covid-19, a importância da atividade física, a literacia e a promoção da saúde. O modelo teórico que está na base deste projeto é a teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender, que aborda a importância da promoção da saúde de modo a adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis. O segundo capítulo relata a Caracterização do Local de Estágio e as várias etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente o diagnóstico da situação, determinação de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, monitorização e avaliação. E por fim o terceiro capítulo, apresenta uma autorreflexão crítica sobre as ações realizadas ao longo do Estágio final e a forma como estas contribuíram para a aquisição de competências de grau de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As Referências Bibliográficas foram realizadas através das normas da APA 6th edição (American Psychological Association).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo abordam-se alguns conceitos-chave, permitindo a contextualização da temática em causa, com base no conhecimento e evidências atuais. Partimos do conceito de envelhecimento, numa perspetiva individual e demográfica, para o impacto que a doença Covid-19 teve, em termos cognitivos e motores, na população idosa. Porque foram determinantes para o projeto de intervenção, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender e o conceito de Literacia em Saúde foram também abordados neste capítulo.

2.1. ENVELHECIMENTO

A presente sociedade em que vivemos tem-se deparado com vários desafios, nomeadamente a longevidade e o conseqüente envelhecimento demográfico.

“A esperança de vida aumentou acentuadamente neste e no século passado, devido a fatores como baixas taxas de natalidade e de fertilidade, diminuição da mortalidade infantil, melhoria das condições económicas, modificação progressiva dos hábitos de vida, melhoria da eficácia, efetividade e eficiência dos cuidados preventivos, terapêuticos e de suporte” (Pinto, Veríssimo & Malva, 2019, p. 39).

O conceito de envelhecimento tem sofrido várias mudanças ao longo dos tempos pois tem progredido conforme os pensamentos, as atitudes, os conhecimentos e a forma como a sociedade se encontra atualmente, no entanto, é difícil perceber qual a idade que uma pessoa se pode considerar velha (Ferreira, 2015). De acordo, com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2005) a população idosa, em termos estatísticos, é considerada como os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos¹.

Citando Canhestro (2018):

“O envelhecimento e a consciência de que uma vida mais longa se traduz em maiores necessidades individuais e sociais são grandes desafios colocados aos sistemas de saúde e social bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, implicando um maior investimento individual e coletivo para que uma maior longevidade possa ser acompanhada de mais saúde” (p. 9).

Assim a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida é de crucial importância. O envelhecimento encontra-se dependente de fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, sendo considerado um processo gradual de transformação biopsicossocial durante o ciclo de vida (Costa, 2020). A noção de envelhecimento ativo, busca transmitir uma mensagem mais ampla do que o envelhecimento saudável. É essencial

¹ <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>

perceber que, para existir um envelhecimento ativo, é necessário ter presente alguns fatores que vão afetar e determinar como cada pessoa e população envelhecem. Este conceito tem presente, três grandes pilares que são: a saúde, a participação e a segurança, uma vez que, sem a saúde é mais complicado participar e a ausência de participação, envolvimento e reconhecimento social vão afetar a saúde promovendo quadros de depressão, isolamento e de doenças. A proteção e a segurança são essenciais na prevenção de acidentes, quedas e fraturas, na prevenção de abusos, violência, maus-tratos, desconsideração, abandono e discriminação que atingem a autoestima e a autorrealização da pessoa (Quintela, 2021).

“As pessoas não devem ser consideradas como “inativas” ou “improdutivas” só porque se reformam. Pelo contrário, devem ser estimuladas e poder ter oportunidades para se manterem num contexto de interdependência, complementaridade e solidariedade entre gerações, que vai muito para além das trocas de bens, mais ou menos recíprocas” (Quintela, 2021)².

O envelhecimento pode ser estudado através da análise de duas grandes perspectivas: individualmente em que o envelhecimento concede uma maior longevidade aos indivíduos, isto é, o aumento da esperança média de vida, e a perspetiva demográfica que diz respeito ao aumento da quantidade de pessoas idosas na população total. Para o conceito de envelhecimento individual estão implícitos os conceitos de envelhecimento biológico, psicológico e social (INE, 2002).

2.1.1. Envelhecimento individual – Declínio cognitivo e físico no idoso

Segundo a OMS (2021a) e Rocha (2018), a nível biológico, o envelhecimento está relacionado com a parte orgânica do ser humano e a sua capacidade de funcionamento, como é o caso das mudanças que se vão manifestando e as perdas de habilidades que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento no corpo humano (aparecimento de rugas, diminuição da estatura). Isto é, está:

“ (...) associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento” (OMS, 2021a).³

De acordo com Borges (2018), o envelhecimento biológico deve-se a uma deterioração corporal e funcional, à diminuição da vitalidade e da capacidade de adaptação do organismo às mudanças. As alterações físicas, inerentes ao envelhecimento, vão alterar a autoimagem e a autoestima provocando um decréscimo das capacidades sensoriais e limitações na concretização

² <http://www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/>

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

de muitas atividades que anteriormente criavam satisfação. O envelhecimento é gerador de alterações músculo-esqueléticas e fisiológicas determinantes na perda de mobilidade (Pinto, Veríssimo & Malva, 2019). A mobilidade mais condicionada afeta as atividades de vida diária no idoso.

Ao nível psicológico, nos idosos, o enfraquecimento das funções cognitivas é referido como consequência do processo de envelhecimento (Rocha, 2018), tendo como exemplo as perdas de memória ou uma maior dificuldade no raciocínio que acabam por ser, de algum modo, recompensadas pela sabedoria que os idosos conseguem passar às pessoas (INE, 2002) sendo ainda evidenciado que a diminuição do nível da atenção, concentração e memória, não se encontra relacionado com a idade cronológica, mas sim, com o estado de saúde, a personalidade, os comportamentos e estilos de vida, a educação e a posição social em que se encontram. De acordo com Oliveira, Silva e Confort (2017), no processo de envelhecimento, as pessoas vão sofrendo uma diminuição do estado cognitivo geral, nomeadamente em termos da função de execução, o que interfere nas tarefas que necessitam de mais atenção, rapidez, concentração, raciocínio indutivo, precisão, priorização de foco e inibição de informações irrelevantes. No entanto, este declínio não é sequencial, podendo ser alterado conforme o estilo de vida da pessoa, a genética, alimentação, hábitos nocivos, sedentarismo, nível social, cultural e económico, escolaridade, ansiedade, acuidade visual ou auditiva, doenças e outros.

A decadência cognitiva, decorrente do processo de envelhecimento, pode provocar a dependência, demência e doenças como Alzheimer (Oliveira, Silva & Confort, 2017). A estimulação cognitiva nos idosos é essencial uma vez que permite o desenvolvimento cerebral e corporal, de modo a mantê-los saudáveis e ativos, melhorando a qualidade de vida. Esta estimulação vai permitir fortalecer capacidades como: atenção, concentração, equilíbrio, memória, percepção espacial, visual, auditiva, olfativa, táctil, gustativa, coordenação ampla e fina, organização espaço-temporal, raciocínio, sequência lógica, entre outros (Oliveira, Silva & Confort, 2017).

Em termos sociais, a principal alteração “(...) está relacionada com a mudança de papéis sociais dos idosos no contexto no qual se encontram inseridos, uma vez que a sociedade possui ideias pré-concebidas e erradas sobre o envelhecimento levando os idosos a ter dificuldade em geri-los” (Rocha, 2018, p. 5). O isolamento é considerado como uma das incontáveis formas de exclusão social de que são alvo as pessoas idosas, influenciando a evolução da sociedade e impedindo que o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida (INE, 2002).

Atendendo que o envelhecimento se encontra associado a perdas de vários domínios, como o cognitivo e o físico, existe evidência que a promoção da atividade física vai permitir aumentar as funções psíquicas que por vezes já se encontram deterioradas (Gomes, 2018). “A atividade física e

o funcionamento cognitivo encontram-se relacionados, podendo ser promovidos de forma conjunta ou separada através de diferentes estratégias como forma de melhorar a qualidade de vida com que se envelhece” (Gomes, 2018, p. 7). A atividade física é essencial para um envelhecimento saudável permitindo melhorar e manter a qualidade de vida e a independência na pessoa idosa. A atividade física não só apresenta benefícios para a prevenção de doenças crónicas como também melhora o equilíbrio do idoso, a força muscular, a coordenação, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental (DGS, 2008).

2.1.2. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico refere-se ao aumento da quantidade de pessoas idosas na população total. Deve-se ao aumento da quebra da população jovem, e/ou da quebra da população em idade ativa. Esta “ (...) resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades” (INE, 2002, p. 188).

As pirâmides de idade estão a alterar-se e passaram a assemelhar-se a um “barril” e a relação quantitativa jovem/idoso inverteu-se já na maior parte do mundo ocidental. Este fenómeno global coloca importantes desafios sociais. A estrutura familiar alterou-se e há um crescente isolamento e solidão dos idosos, sendo necessária uma grande resiliência dos idosos às brutais modificações da “era moderna” (Pinto, Veríssimo & Malva, 2019).

De acordo com a OMS entre 2015 e 2050 a população com mais de 60 anos, ao nível mundial, quase dobrará de 12 % para 22% (OMS, 2021). A população está cada vez mais envelhecida em Portugal e este envelhecimento populacional só irá normalizar daqui a 40 anos (INE, 2017).

Ao nível mundial, entre 2015 e 2080, o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões e em Portugal, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. No entanto, a região mais envelhecida, em 2080, será o Norte (em 2015 era o Alentejo), e a região menos envelhecida será o Algarve (em 2015 era a Região Autónoma dos Açores) (INE, 2017).

2.1.3. Impacto da Covid-19

Sendo os idosos, a população onde o índice de mortalidade pela Covid-19 é maior, é essencial entender como o vírus atua no metabolismo e quais as suas consequências fisiológicas assim como o impacto que tem em termos psicológicos sobre os idosos (Costa et al., 2020).

A Covid-19, segundo a Organização Mundial da Saúde, é uma doença infecciosa provocada pelo vírus SARS-COV-2, o qual pode provocar infecção respiratória leve a moderada, onde as pessoas conseguem recuperar sem necessidade de tratamento hospitalar (cerca de 80%). No entanto a doença, também poderá desenvolver-se de forma mais grave, uma em cada seis pessoas infetadas por Covid-19 pode ficar gravemente doente. Os idosos e as pessoas que apresentam antecedentes clínicos, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crónicas e neoplasias, têm uma maior probabilidade de vir a desenvolver a doença na sua forma grave (OMS, 2021b; OPAS, 2021). Assim como os profissionais de saúde que se encontram na linha da frente na luta pela Covid-19 (Canali & Scortegagna, 2021).

Este vírus foi descoberto em humanos pela primeira vez, a 31 de Dezembro de 2019, na cidade chinesa de Wuhan, província de Hubei (China), no entanto também foram confirmados casos noutros países, resultando num movimento pandémico da doença. A 11 de Fevereiro de 2020, o vírus foi denominado de SARS-COV-2 que é responsável por causar a doença Covid-19, e a 11 de Março de 2020 foi considerada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2021).

A sua transmissão ocorre por meio de gotículas de saliva ou secreção nasal, assim surge a necessidade de ter presente uma etiqueta respiratória adequada e uma desinfeção das mãos, no entanto, caso se verifique que algo está errado é necessário cumprir com o isolamento profilático (OMS, 2021b). No momento da redação deste relatório, o que se encontra em vigor é a presença de uma correta etiqueta respiratória sem medidas obrigatórias impostas pelo governo e a responsabilidade de se vacinar. Além das medidas supracitadas de etiqueta respiratória, no início da pandemia, por não se saber a origem deste vírus foi sugerido o isolamento social a fim de evitar o contágio, sendo os idosos o principal alvo desta medida. Este tipo de prevenção baseada no isolamento trouxe diversas consequências para os idosos, destacando-se, num primeiro nível, a solidão.

A solidão “ (...) é uma fonte de sofrimento significativo, associando-se à redução da qualidade de vida e ao aumento da morbilidade e mortalidade” (Rodrigues, 2018, p. 1). Esta tem impacto negativo em termos de bem-estar e saúde física, psicológica e social (Rodrigues, 2018).

O isolamento social e a quarentena apesar de ser fulcral para reduzir o risco de transmissibilidade do vírus Covid-19 e de proteger a saúde física das pessoas, é importante entender as repercussões que teve sobre os idosos, que foram a diminuição da mobilidade, das interações sociais e das suas atividades diárias. Devido a essas restrições apresentaram consequências negativas a nível da saúde mental (Hossain, Sultana & Purohit, 2020). A necessidade de se distanciarem de familiares e amigos levou a que os idosos apresentassem tristeza, angústia, solidão, insónia, depressão, alterações alimentares, e até ideação suicida, entre outros (Santos,

2021).

2.2. MODELO TEÓRICO DE NOLA PENDER - A TEORIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Modelo de Promoção da Saúde, foi desenvolvido por Nola Pender, e o primeiro teste da versão inicial foi publicado em 1990 por Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg. O modelo foi revisto e publicado em 1996, na terceira edição do livro “Health Promotion in Nursing Practice”. Sendo que a sexta edição, foi publicada em 2011 por Pender, Murdaugh e Parsons. O modelo é baseado em teorias do comportamento humano incluindo a teoria do valor da expectativa e sociocognitiva (Petterson & Bredow, 2013).

Os profissionais de saúde têm conhecimento do quão é importante detetar de forma atempada o surgimento de patologias com vista ao seu precoce tratamento, ou seja, a realização de uma prevenção secundária. A prevenção primária vai permitir a realização de “(...) actividades que visam a prevenção de problemas de saúde antes que eles ocorram” (Petterson & Bredow, 2013, p. 226), enquanto a prevenção secundária “(...) visa prevenir doenças futuras em pessoas que já foram diagnosticadas com uma doença” (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011, p. 26).

Segundo Petterson & Bredow, (2013) “A promoção da saúde é um conceito adequado às necessidades e interesses dos enfermeiros e dos seus utentes” (p. 225). A promoção da saúde é uma ação que vai ajudar a saúde da pessoa e a prevenção é uma ação que vai permitir impedir ou prevenir o surgimento de doenças (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Pender propôs este modelo para os enfermeiros ajudarem a adotar comportamentos mais saudáveis nas pessoas tanto a nível individual como coletivo (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

“A motivação para um comportamento saudável pode ser baseada num desejo para prevenir o surgimento de doenças (prevenção primária) ou para alcançar um nível mais alto de bem-estar e autorrealização (promoção da saúde)” (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011, p. 26).

Este modelo apresenta uma visão holística e humanística pois “(...) reflete a crença de que as pessoas são capazes de introspecção e de mudança pessoal” (Petterson & Bredow, 2013, p. 230).

A promoção da saúde apresenta muitos benefícios não apenas porque vai promover a adoção de estilos de vida saudáveis a nível individual, mas porque a sociedade em si vai lucrar com a promoção da saúde uma vez que vai poder reduzir significativamente os custos dos cuidados de saúde nos próximos anos (Petterson & Bredow, 2013).

Cada vez mais, a prevenção da doença e a promoção da saúde são mais valorizadas uma vez que vão possibilitar uma melhoria da qualidade de vida e maior longevidade da pessoa (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Este modelo tem presente dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde que vão permitir avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, através da análise de três domínios essenciais que estão subdivididos da seguinte forma: Características e experiências individuais, Cognições e sentimentos sobre o comportamento específico e o Resultado comportamental (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

O modelo é apresentado sob a forma de diagrama como se pode ver descrito na figura 1.

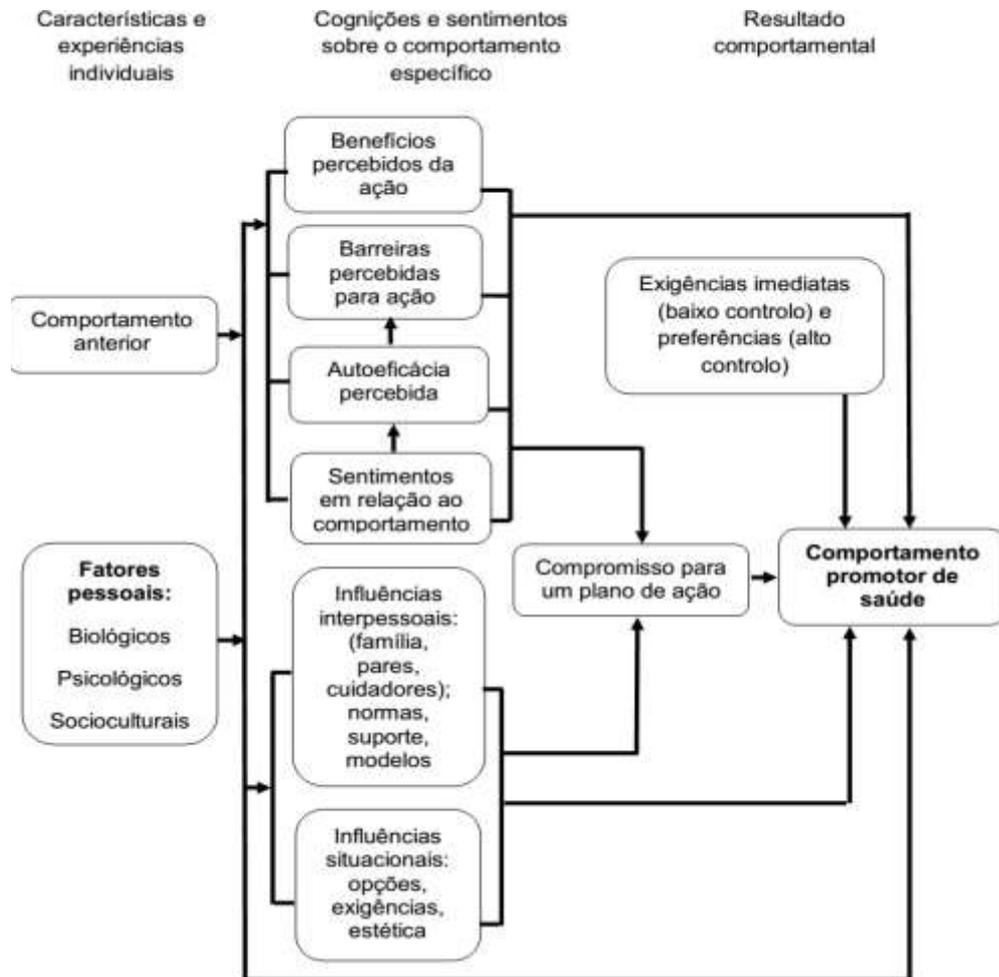


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde. Fonte Canhestro, 2018 adaptado Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011.

As características e experiências individuais, incluem o comportamento anterior onde se considera que o melhor preditor comportamental é a frequência do mesmo ou de um comportamento idêntico no passado. Dentro deste domínio encontram-se inseridos os fatores pessoais que apresentam categorias como: os biológicos onde tem presente a idade, o sexo, o índice de massa corporal, o estágio pubertário ou a menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade ou o equilíbrio, psicológicos incluem a autoestima, automotivação, a autoperceção do estado de saúde e a definição de saúde e socioculturais que também incluem a etnia, a

aculturação, a educação e o estatuto socioeconómico (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Relativamente ao domínio das cognições e sentimentos sobre um comportamento específico, que se encontra a nível central do diagrama, apresentam um grande significado em termos motivacionais uma vez que podem ser alteradas através de intervenções de enfermagem. Estas têm presentes os benefícios percebidos da ação, as barreiras percebidas para ação, a autoeficácia percebida, os sentimentos em relação ao comportamento, as influências interpessoais e as influências situacionais (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

Os benefícios percebidos da ação são reproduções mentais das consequências positivas de um comportamento sendo consideradas como uma condição necessária para a adoção de um determinado comportamento. As barreiras percebidas para ação consistem na perceção negativa sobre um comportamento, são vistas como barreiras e custos pessoais, atingem diretamente o comportamento em termos de promoção da saúde bloqueando a ação e indiretamente por meio da decisão do compromisso com o plano de ação. A autoeficácia percebida é a avaliação das capacidades pessoais para organizar e efetuar uma determinada ação de modo a identificar qual o nível de desempenho. Afeta diretamente os comportamentos promotores da saúde através das expectativas de eficácia e indiretamente. Os sentimentos em relação ao comportamento demonstram uma reação emocional direta ou uma resposta ao mesmo nível do comportamento onde pode ser considerado positivo, negativo, agradável ou desagradável. Assim os comportamentos que se encontram associados aos afetos positivos têm maior probabilidade de se repetirem do que aqueles que se encontram associados aos afetos negativos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

As influências interpessoais contêm as cognições que apresentam comportamentos, crenças e atitudes de outras pessoas que podem corresponder ou não à realidade. Apresentam normas como a social, o suporte social que consiste no encorajamento instrumental e/ou emocional e modelagem que está relacionada como aprender através da observação de outros. Estas três normas vão indicar a predisposição que a pessoa tem para adotar comportamentos de promoção da saúde. As fontes primárias de influências interpessoais são a família, os pares e as prestadoras de cuidados de saúde. As influências situacionais são perceções e cognições pessoais perante uma situação ou contexto que podem ajudar, impedir ou complicar certos comportamentos. Estas, têm presente as perceções das opções disponíveis, as exigências e as características em que se encontra o ambiente onde ocorre o comportamento. Algumas podem atingir diretamente os comportamentos, formando um ambiente com pistas que induzem o comportamento de modo a despoletar o compromisso com a ação (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

E por fim o diagrama apresenta os resultados comportamentais que incluem o compromisso

para um plano de ação, exigências imediatas e preferências, e comportamento promotor da saúde. Para dar início a um comportamento, é o compromisso para um plano de ação que vai dar início, uma vez permite que as pessoas atuem, a não ser que haja alguma exigência que não possa ser realizada ou algo que se tem preferência mas que não é possível opor-se. As exigências imediatas e as preferências podem comprometer a aceitação de comportamentos promotores da saúde, acabando por afetar diretamente o compromisso de um plano de ação. Estas são comportamentos onde as pessoas têm baixo controle derivado a contingências ambientais como as responsabilidades com o trabalho ou com a família, no entanto as preferências pessoais dependem da capacidade de autorregulação dos indivíduos. O comportamento promotor da saúde é o último ponto ou o resultado da ação no Modelo da Promoção da Saúde encontrando-se com finalidade para obter resultados positivos para o indivíduo (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011).

De acordo com a Carta de Otawa (Canadá), local onde foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em Novembro de 1986, promoção da saúde é definida como um:

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

Nesta conferência as discussões foram baseadas em progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde, com o documento da Organização Mundial da Saúde sobre Saúde Para Todos e o debate que ocorreu na Assembleia Mundial da Saúde sobre as ações intersectoriais necessárias para o sector. Nesta conferência foram definidas cinco áreas de ação: construção de políticas saudáveis; criação de ambientes favoráveis reforçando a ação comunitária; desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde (DGS, 2003). Após a conferência, a carta de Otawa:

“ (...) lançou um desafio dirigido a uma nova saúde pública, afirmando a justiça social e a equidade, como pré-requisitos para a saúde, e a advocacia e a mediação, como processos para a atingir. É a partir daqui que a promoção da saúde começou teoricamente a ser equacionada, debatida e verdadeiramente valorizada” (Martins, 2005, p. 5).

2.3. LITERACIA EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define Literacia em Saúde como o conjunto de “ (...) competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar

informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019a, p.6).

“A Literacia em Saúde está ligada à literacia e implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (OMS, 2013, p. 4).

Os níveis de literacia em saúde têm vindo a aumentar de forma muito decisiva e estratégica permitindo otimizar a qualidade de vida e o bem-estar da população. Isto constitui um desafio para Saúde Pública em Portugal e na Europa. Aumentar as competências e as capacidades de literacia em saúde é um processo que se prolonga durante toda a vida (Almeida & Lopes, 2019).

No entanto, o aumento do número de internamentos e de idas constantes aos serviços de urgência encontram-se relacionados com os baixos níveis de literacia assim como com o facto de a pessoa e seus familiares não apresentarem atitudes preventivas em termos de saúde, permitindo que ocorra uma diminuição da qualidade de vida. Atualmente, a literacia contribui não só para a promoção da saúde e prevenção da doença mas também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, demonstrando ser um pilar essencial para a manutenção e sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Posto isto, esta é considerada como um dos principais focos da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019b), pois a “Promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise” (OPSS, 2012, p. 56).

O profissional de saúde, designadamente o enfermeiro, tem um papel essencial, como promotor da Literacia em Saúde, nas diferentes situações de intervenção e interação, quer entre o profissional de saúde e a pessoa, quer entre o profissional e a população. No entanto, para que isto aconteça é essencial desenvolver um conjunto de medidas e procedimentos ajustados a cada profissional de saúde permitindo uma boa prática na sua intervenção (Almeida & Lopes, 2019). O enfermeiro ao transmitir as mensagens deve usar uma linguagem acessível, assertiva, clara, positiva, promover uma relação terapêutica, a transmissão da mensagem deve ser honesta e verdadeira considerando-se como pró-ativo e dinâmico (Almeida & Lopes, 2019).

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, refere que as ações de literacia vão capacitar os cidadãos a promover uma melhor autonomia e responsabilidade pela sua saúde, tornando-os mais presentes e inteirados acerca do funcionamento do Sistema de Saúde, apresentando sempre a máxima conduta da responsabilidade e autonomia pessoal e coletiva (empowerment) (DGS, 2015).

A Direção-Geral da Saúde apresentou, em 2019, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021, que pretende promover e criar, mais e novos comportamentos saudáveis (DGS, 2019a).

Assim como o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde, que pretende regulamentar e estruturar todas as medidas e ações relacionadas com a Literacia em Saúde (DGS, 2019b). Estes documentos vão permitir aos profissionais de saúde a capacitação no aperfeiçoamento dos níveis de literacia em saúde assim como na promoção do espírito crítico em relação às tomadas de decisão saúde das pessoas destacando-se como um principal desafio para a Saúde Pública em Portugal (Almeida & Lopes, 2019).

3. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Os estágios desenvolveram-se numa UCC (doravante denominada UCC X), pertencente ao ACES Barlavento II, sob a supervisão de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

O concelho (doravante denominado Município X) onde está localizada a UCC X encontra-se situado no Barlavento Algarvio e é composto por 4 freguesias. Cada freguesia apresenta cerca de 4 a 8 km de distância máxima da sede de concelho. Apresenta uma área de 88.3 km², uma densidade populacional de 257.8 por Km² e 22.743 habitantes (Diagnóstico social do concelho de X, 2020; Manual Acolhimento UCC X, 2019; PORDATA, 2021).

3.1. POPULAÇÃO E INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Como se pode verificar na tabela 1, a população deste concelho tem vindo a diminuir ao longo dos anos e tem havido um aumento da população idosa (população com mais de 64 anos) e uma diminuição da população jovem (população com menos de 15 anos).

Em termos de envelhecimento, deparamo-nos que cada vez mais a população está mais envelhecida. Comparativamente aos indicadores do país no que se refere à população idosa (cerca de 22% em 2020, segundo os dados da PORDATA), o município X apresenta um resultado, de cerca de 21% da população sendo idosa (PORDATA, 2021).

	2010			2020		
	Município X	Algarve	Portugal	Município X	Algarve	Portugal
População residente	22.985	451.304	10.572.721	22.743	437.970	10.298.252
% jovens	82.8	81.1	81.5	78.7	79.0	77.7
% idosos	17.2	18.9	18.5	21.4	22.0	22.3
Índice de dependência total	51.3	53.1	50.8	55.6	58.5	55.7
Índice de dependência dos jovens	25.2	24.1	22.9	22.3	23.6	21.0
Índice de dependência de idosos	26.0	29.0	27.9	33.3	34.9	34.7
0-14	3.818	70.690	1.606.583	3.265	65.285	1.389.807
15-64	15.122	292.905	7.013.108	14.622	276.374	6.612.238
65 ou mais	3.938	84.970	1.953.409	4.866	96.530	2.295.036
Índice envelhecimento	103.1	120.2	121.6	149.0	147.9	165.1

Tabela 1 - População e Indicadores demográficos. Fonte: PORDATA (2021).

3.1.1. Densidade populacional

O município X tem vindo a apresentar ao longo dos anos uma diminuição na densidade populacional, o que acompanha a tendência regional e nacional. Observava-se que, no que diz respeito ao concelho de município X, em 2010 a densidade populacional era de 259,2 indivíduos por Km² decrescendo para 257,8 em 2020. Portugal apresenta, em 2020, uma densidade inferior, de cerca de 111,5 indivíduos por Km².

N.º médio de indivíduos por Km ²		
Anos	2010	2020
Portugal	114,7	111,7
Algarve	89,8	87,7
Município X	259,2	257,8

Tabela 2 - Densidade populacional. Fonte: PORDATA (2021). Obtido a 2 de Julho de 2021 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

3.1.2. Taxa bruta de natalidade e taxa de fecundidade geral

O município X, no ano de 2020, apresentava uma taxa bruta de natalidade de 8,7‰, isto é, por cada 1000 residentes no concelho nasceram cerca de 9 nados-vivos, acompanhando a tendência decrescente da última década. No entanto em relação a Portugal, no ano 2020, a taxa bruta de natalidade era de 8,2 ‰, significando que município X se encontrava ligeiramente acima da média nacional. Já em relação ao Algarve, município X encontra-se abaixo da média, como se pode verificar na tabela abaixo (PORDATA, 2021).

Taxa bruta de natalidade		
Anos	2010	2020
Portugal	9,6	8,2
Algarve	10,8	9,9
Município X	10,1	8,7

Tabela 3 - Taxa bruta de natalidade. Fonte: PORDATA (2021). Obtido a 2 de Julho de 2021 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

No que diz respeito à taxa de fecundidade geral do município X, no ano de 2020, apresentava uma taxa de 38,8‰, isto é, por cada 1000 mulheres em idade fértil, ou seja, entre os 15 e os 49 anos de idade, nasceram cerca de 9 nados-vivos, o que se aproxima dos valores da taxa ao nível

nacional e fica aquém dos resultados da região algarvia e acompanha a tendência decrescente da última década, conforme se pode verificar na tabela abaixo (PORDATA, 2021).

Anos	Taxa de fecundidade geral	
	2010	2020
Portugal	40,0	37,2
Algarve	45,9	44,9
Município X	42,5	38,8

Tabela 4 - Taxa de fecundidade geral. Fonte: PORDATA (2021). Obtido a 2 de Julho de 2021 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

3.1.3. Taxa bruta de mortalidade

A taxa bruta de mortalidade do município X, no ano de 2020, foi de 11,6 %, isto é, por cada 1000 habitantes ocorrem aproximadamente 12 óbitos. Relativamente ao mesmo ano, o município X encontra-se abaixo da taxa média do Algarve e de Portugal, acompanhando a tendência crescente deste indicador na última década (PORDATA, 2021).

Anos	Taxa bruta de mortalidade	
	2010	2020
Portugal	10,0	12,0
Algarve	10,0	12,3
Município X	8,0	11,6

Tabela 5 - Taxa bruta de mortalidade. Fonte: PORDATA (2021). Obtido a 2 de Julho de 2021 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

3.1.4. Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento, relaciona a população idosa e a população jovem, ou seja, relaciona o número de pessoas com 65 ou mais anos com o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos por cada 100 residentes. Assim, podemos observar que o índice de envelhecimento é superior ao índice observado na região do Algarve, contudo inferior ao mesmo registo para o índice nacional, acompanhando a tendência crescente deste indicador na última década, conforme dados da tabela abaixo.

Anos	Índice de envelhecimento	
	2010	2020
Portugal	121,6	165,1
Algarve	120,2	147,9
Município X	103,1	149,0

Tabela 6 - Índice de envelhecimento. Fonte: PORDATA (2021). Obtido a 2 de Julho de 2021 em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

3.2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, o Programa do XVII Governo Constitucional considerou fundamental os Cuidados de Saúde Primários para o sistema de saúde. Estes são os primeiros a quem os cidadãos se dirigem na procura pela prestação de cuidados de saúde, tendo uma grande importância na promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença assim como no contacto com outros serviços para dar seguimento aos cuidados.

Através da Portaria n.º 272/2009, de 18 de março foram concebidos os Agrupamentos de Centros de Saúde (abreviadamente designados por ACES) do Algarve, nomeadamente ACES Algarve I — Central, ACES Algarve II – Barlavento e ACES Algarve III — Sotavento, que se encontram inseridos na orgânica da Administração Regional de Saúde do Algarve paralelamente ao que se encontra no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Os ACES, são “(...) serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Diário da República, 2008, p.1182).

O ACES Algarve II – Barlavento tem como objetivos a prestação de cuidados de saúde primários à população dos concelhos de Aljezur, Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Silves e de Vila do Bispo – figura 2.



Figura 2 - Agrupamentos de Centro de Saúde. Fonte: Plano Local de Saúde Barlavento – Algarve 2017-2020 - ARS Algarve - Agrupamento de Centros de Saúde

O ACES Algarve II – Barlavento, apresenta um Plano Local de Saúde que tem como objetivo geral identificar, hierarquizar e comunicar, interna e externamente, as importantes necessidades de saúde da população da área abrangida. Assim, o plano local vai permitir “(...) maximizar os ganhos em saúde, através da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade em torno de objetivos comuns e da implementação de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso aos serviços de saúde, na qualidade em saúde e em políticas saudáveis” (Unidade de Saúde Pública do ACES Barlavento da ARS Algarve, I.P., 2017, p.2).

Nestes agrupamentos estão presentes as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Pública (USP) e ainda as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que sejam considerados como essenciais pelas Administrações Regionais de Saúde (Diário da República, 2008).

O Despacho n.º 10143/2009 refere que a UCC “(...) desenvolve-se com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES em que se integra, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável ao cumprimento da sua missão” (p.15438). A UCC encontra-se inserida nas instalações de cada Centro de Saúde o qual pertence ao ACES. “A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (p. 15438).

A unidade funcional – UCC X – onde se realizaram os estágios, é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, domiciliário e comunitário que dá apoio sobretudo a utente e grupos mais frágeis, em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença que necessitam de apoio (Manual de Acolhimento UCC X, 2019). Esta iniciou a sua atividade em 2011, e “ (...) tem por missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes da área geográfica onde se insere, contribuindo assim para a melhoria do estado de saúde da população do concelho X, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, desta forma, de modo direto, para o cumprimento da missão do ACES do Algarve II - Barlavento da ARS Algarve, I.P” (SNS, 2021)⁴. É composta por uma equipa multidisciplinar que integra 20 profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogo, fisioterapeuta, técnico de serviço social, higienista oral e assistentes operacionais) (Diagnóstico Social de X, 2020). Estão inscritos na UCC 24.872 utentes distribuídos por cada freguesia, pertencente ao concelho X – figura 3.

⁴ <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50003/5080651/Pages/default.aspx>



Figura 3 - Distribuição das inscrições CSP (UCC do Município X). Fonte: SNS (2021).

Na população residente os índices de envelhecimento (145 idosos por cada 100 jovens) no concelho X e de dependência de idosos (38.34%) na UCC comparativamente a Portugal está superior à média nacional já no concelho 33.3 % está abaixo da média, no entanto a região do Algarve este é superior à média nacional. Retratando assim o aumento do envelhecimento populacional, apresentando consequências tanto a nível social, económico e na saúde. Tudo isto, vai necessitar de uma intervenção da UCC X e assim cumprir os seus objetivos. Esta tem como carteira de serviços e áreas de atuação: Parentalidade; Intervenção Precoce na Infância; Saúde escolar/Saúde oral; Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECII; Equipa de Prevenção da Violência no Adulto (EPVA); Promoção da Saúde; Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR); Outras Áreas de Intervenção - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos; Programa de Melhoria Contínua e Plano de Desenvolvimento e Formação Profissional (Manual de Acolhimento UCC X, 2019).

De acordo com o Plano Local de Saúde Barlavento-Algarve 2017-2020, a população deste município tem como problemas identificados: Doença mental, Diabetes Mellitus, Excesso de peso, Doenças Cerebrovasculares/HTA e Doenças dos dentes e das gengivas. Para isso foram criados recursos da comunidade contribuindo para diminuir os problemas prioritários de saúde que foram a Promoção da Saúde Mental / Prevenção, Controlo e Reabilitação da Doença Mental, Diabetes

Mellitus / Excesso de Peso / Hipertensão Arterial e Programa de Promoção da Saúde Oral / Tratamento das Doenças dos Dentes e das Gengivas.

No município X existe o projeto de Promoção da Saúde Mental / Prevenção, Controlo e Reabilitação da Doença Mental que é o GASMI, este está desenvolvida numa perspetiva sistémica e de proximidade, junto das crianças e suas famílias, sob orientação, supervisão e em articulação com o Departamento de Pedopsiquiatria do Centro Hospitalar Lisboa Central (D. Estefânia), mediante protocolo. Também tem um serviço de atendimento e apoio psicológico a jovens com 13 e mais anos de idade. A Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL) também apoia a população do município X.

Em relação à Diabetes Mellitus / Excesso de Peso / Hipertensão Arterial tem como projeto de intervenção comunitária o Projeto “PESO (Pesa, Enumera, Soma e Opta) – Saudável” inserido na UCC incluindo a população de todas as idades; o Projeto “Portugal sem Diabetes” que pretende sobre a população fazer um diagnóstico precoce e prevenção da Diabetes através da promoção de estilos de vida salutogénicos; o Gabinete de Aconselhamento para a Alimentação e Atividade Física (GAPAAF) no município X, onde tem crianças, adultos e idosos que queiram melhorar o seu estilo de vida, alterando hábitos alimentares e de atividade física, promovendo o peso saudável e a melhoria da aptidão física; a Associação para o Estudo da Diabetes Mellitus e Apoio ao Diabético do Algarve em protocolo entre o Município X e esta associação, o município encaminha e disponibiliza transporte gratuito aos doentes, para que se desloquem às consultas que disponibiliza (consulta de enfermagem, consulta médica de diabetes, consulta de dietética, consulta podológica e consulta de psicologia) de acordo com as suas necessidades; Projeto “Previna para melhor viver” (de prevenção do risco cardiovascular, a implementar com a participação do Centro Hospitalar Universitário do Algarve compreendendo a população entre os 30 e os 55 anos de idade). Existe uma Consulta de Apoio Intensivo na Cessação Tabágica acessível no Centro de Saúde do município X.

O Programa de Promoção da Saúde Oral / Tratamento das Doenças dos Dentes e das Gengivas onde tem o Programa de Promoção da Saúde Oral que foi criado e preconizado pela Direção-Geral da Saúde e pelo Higienista Oral em exercício de funções na URAP – Município X.

4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada para elaboração do projeto de intervenção comunitária foi a Metodologia do Planeamento em Saúde. Esta é considerada como um processo contínuo e dinâmico. É composta por seis etapas, o diagnóstico da situação onde se vai determinar os principais problemas de saúde da população, a determinação de prioridades, a definição de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional de modo a se dar resposta ao problema encontrado, e por fim a avaliação e monitorização. Concluída a avaliação não se deve considerar uma etapa do planeamento completamente finalizada pois na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações e assim poder refazê-la (Tavares, 1992; Imperatori & Giraldes, 1993).

O Planeamento em Saúde procura “(...) um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)” (Tavares, 1992, p. 37).

4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação é um processo essencial no Planeamento em Saúde e tem como objetivo primário identificar as necessidades do indivíduo ou da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

A partir do diagnóstico será possível identificar um problema prioritário sobre o qual incidirá um projeto de intervenção. Assim, o projeto de intervenção comunitária desenvolvido pretendeu dar resposta às necessidades identificadas no diagnóstico da situação que se realizou. Para a conceção do diagnóstico da situação teve-se em conta o significado de dois conceitos: o de problema e o de necessidade. O problema de saúde corresponde à alteração do estado de saúde da pessoa e a necessidade define-se como aquilo que é necessário para resolver o problema identificado (Tavares, 1992).

Em Saúde Pública, independentemente de qual for o processo de intervenção, só quando se determinar o significado do diagnóstico é que é permitido iniciar a atuação (Imperatori & Giraldes, 1993).

4.1.1. Caracterização da população/utentes

Para se criar e descrever o diagnóstico de situação, é necessário e essencial a caracterização da população alvo (Imperatori & Giraldes, 1993).

A população é um “ (...) conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (Coutinho, 2014, p. 89), sendo referido pelo mesmo autor que a “População acessível ou disponível é a parte da população da qual se selecionará a amostra” (p. 89). Já uma amostra, “É um subconjunto da população que terá de a representar, ou seja, refletir os seus traços (...)” (Coutinho, 2014, p. 89).

Posto isto, foi instituído um conjunto de critérios de inclusão e exclusão de modo a formar a amostra que constituirá a população alvo do projeto de intervenção comunitária: a população-alvo deve estar inscrita num dos Centros Seniores, intervalo etário (65-85 anos), não apresentar as patologias neurológicas ou motoras mencionadas no questionário (Anexo I) e dar parecer positivo na participação do estudo através do consentimento. São excluídos os utentes que não se encontram inscritos num dos Centros Seniores, que não se encontrem dentro do intervalo etário descrito (65-85 anos), que apresentem patologias cognitivas ou motoras, ou que não permitam a sua participação no estudo.

Tendo em conta a situação pandémica, foi necessária uma adaptação do que foi planeado inicialmente, por exemplo não foi possível selecionar participantes de todos os Centros Seniores onde a UCC atua, pois muitos destes centros não se encontram em funcionamento acabando só por restar dois Centros que foram alvo de o estudo diagnóstico e posteriormente do projeto de intervenção comunitária.

O Centro Sénior é um local de convívio que tem como principal função a melhoria da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, assim como promover um acompanhamento bio-psico-social através de atividades cognitivas, lúdicas, físicas, religiosas e expressão plástica, potenciando e promovendo um envelhecimento ativo, de acordo com as necessidades de cada pessoa. É um local público acessível à população residente de cada local (freguesia) onde se encontra inserido, que pode participar nas atividades mencionadas, promovidas pela coordenadora do Centro e em ligação com os Serviços Sociais dos Trabalhadores da Câmara Municipal desse concelho.

A seleção deste grupo etário, deve-se ao facto de se constatar que os idosos são um grupo que apresenta uma saúde frágil e mais debilitada. Com a situação atual de pandemia pela Covid-19 estes foram e continuam a ser o grupo mais vulnerável ao surgimento da infeção e por isso houve a necessidade de estes ficarem em isolamento social, o qual poderá ter potenciado alterações cognitivas e motoras que podem ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia. Num momento em que a pandemia se encontrava mais controlada dois Centros Seniores deste concelho (Centro Sénior A e B) foram reabertos e recomeçaram a desenvolver as suas atividades e nesse sentido pareceu-nos o local ideal para o desenvolvimento do diagnóstico da situação e do

decorrente projeto de intervenção comunitária.

No Centro Sénior A, encontram-se inscritos 85 utentes, sendo que para a amostra a população alvo escolhida foram os utentes com intervalo etário de 65-85 anos e nesse grupo etário encontram-se 68 utentes do sexo feminino e 11 do sexo masculino, totalizando 79 utentes. As idades dos inscritos variam entre os 57 e os 98 anos de idade. No Centro Sénior B, estão inscritos 28 utentes, também na sua maioria mulheres, todos eles com idades compreendidas entre os 65 - 85 anos, sendo 24 utentes do sexo feminino e apenas 4 do sexo masculino. No total de utentes dos dois Centros, foram contabilizados 107 utentes. A coordenadora dos dois Centros Seniores referiu, que apesar de existirem 107 inscritos, que assiduamente apenas frequentam as atividades desenvolvidas pelos dois Centros Seniores, um total de 20-30 utentes. Isto deve-se ao facto da falta de disponibilidade dos utentes (por vezes encontram-se com os filhos, netos, tem consultas ou outras atividades que já tenham planeado para esse dia) e também o facto de nos encontrarmos numa fase de pandemia e os utentes terem receio de ir para os Centros e/ou por se encontrarem hospitalizados ou mais debilitados de alguma doença que apresentem.

Na aplicação dos instrumentos de colheita de dados foram respeitados os critérios de inclusão a todos os utentes inscritos no Centro Sénior A e B. A amostra final foi de 37 utentes, com intervalo etário entre os 65 e os 85 anos. Sendo que 30 utentes são do Centro Sénior A e 7 utentes do Centro Sénior B.

4.1.2. Considerações Éticas

Para a realização deste projeto, foram tidos em consideração os princípios éticos de modo a assegurar o direito à privacidade, nomeadamente, os que estão presentes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. Foram criados juntamente com a instituição e os participantes do projeto os seguintes procedimentos:

- Não foi necessário pedir autorização para a utilização das escalas nos questionários uma vez que são escalas com indicação para a serem divulgadas e utilizadas, pela DGS.

- Pedido para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, através de uma reunião, à Coordenadora dos Centros Seniores A e B, que deu o seu parecer positivo.

Durante o processo de colheita de dados foram realizados os seguintes procedimentos:

- Aos participantes do estudo foram entregues impressos de consentimento informado, o qual informava acerca do estudo e solicitava a sua autorização para a participação do mesmo, mantendo-se a confidencialidade e o anonimato do participante estudado. Este, foi lido para todos os utentes de modo a puderem esclarecer todas as dúvidas que apresentassem. O consentimento

informado foi separado dos instrumentos de colheita de dados de modo a não permitir a identificação da pessoa.

- Os instrumentos de colheita de dados foram disponibilizados em suporte de papel e utilizados apenas para esta investigação, sendo destruídos após a realização da análise dos dados. Na colheita e tratamento de dados foram identificados apenas pelo número codificado que cada questionário apresenta, de modo a manter o anonimato e confidencialidade.

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

A participação da pessoa estudada foi voluntária permitindo que a pessoa estudada pudesse recusar-se em qualquer momento a participar no estudo diagnóstico ou no projeto de intervenção comunitária.

Por uma questão ética, todos os utentes que se encontrem nos Centros Seniores integram o projeto de intervenção - sendo convidados a realizar as atividades previstas apesar de, no estudo diagnóstico (com a aplicação dos questionários), apenas serem incluídos os utentes que apresentem intervalo etário de 65-85 anos.

4.1.3. Instrumentos, Técnicas e Procedimentos

Para um melhor conhecimento da população-alvo foi aplicado um instrumento de colheita de dados que inclui três escalas:

A escala **Mini-Mental State Examination (MMSE)** possibilita a avaliação sucinta das funções cognitivas. Apresenta várias questões, que vão permitir avaliar a orientação, a memória imediata e a recente, a capacidade de atenção e cálculo, a linguagem e a capacidade construtiva. Em relação à pontuação é atribuído um ponto por cada resposta correta a cada questão, finalizando a pontuação final o máximo de 30 pontos (Duque, Gruner, Clara, Ermida & Veríssimo, 2012).

O **Índice de Barthel** avalia o nível de independência da pessoa para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007 cit. Apóstolo, 2012). Cada atividade contém entre dois a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total. O índice é pontuado entre 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007 cit. Apóstolo, 2012). Apresenta 10 itens e a sua pontuação total varia de 0 a 100, sendo que um total de 0-20 indica Dependência total; 21-60 Grave dependência; 61-90 Moderada dependência; 91-99 Muito leve dependência e 100 Independência (Azeredo & Matos, 2003 cit. Apóstolo, 2012).

A **Escala da Solidão** utilizada foi a da University of California at Los Angeles (UCLA) é uma

adaptação portuguesa da original Revised UCLA Loneliness Scale, de Russel, Peplau e Cutrona publicado em 1980. Os mesmos queriam desenvolver um instrumento psicometricamente apropriado, de fácil administração de modo a servir de estímulo à investigação empírica sobre a solidão. Com isto foi criada a Escala de Solidão da UCLA, onde deu origem a uma versão final com 20 itens: 10 itens redigidos de modo positivo e 10 de modo negativo. Estes têm presente uma escala de escolha múltipla com quatro alternativas: nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes. A escala foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). A versão portuguesa da escala UCLA é composta por 16 itens, apresenta duas dimensões (isolamento social e afinidades) e uma pontuação global > 32. Os itens 3, 6, 14 e 20 têm uma correlação muito frágil e tendo sido retirados tornando-se mais proveitoso para a fidedignidade global (Pocinho, Farate & Dias, 2010; Teixeira, 2010)

No instrumento de colheita de dados, composto por três escalas foi aplicado a totalidade da amostra escolhida, 37 utentes dos Centros Seniores A e B, do sexo feminino como se pode verificar no Apêndice IV.

4.1.4. Apresentação e análise de dados

Após a aplicação da escala **Mini Mental State Examination (MMSE)** nos Centros Seniores A e B foi realizada a média das respostas de cada indivíduo aos 6 itens variando a pontuação entre 1 e 10 pontos indo de acordo com as instruções das autoras. Verificou-se que o centro Sénior A no item da orientação apresenta 63.33 % com uma pontuação de 10 (Gráfico 1).

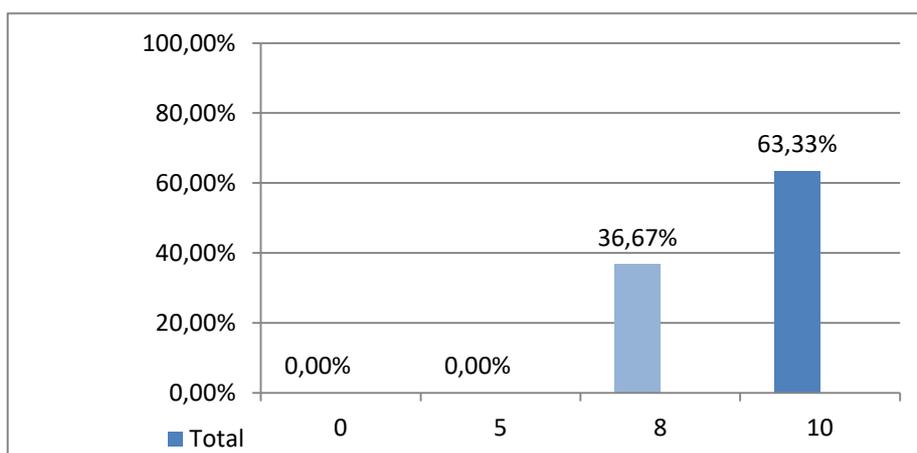


Gráfico 1 - Pontuação representativa relativamente à Orientação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A.

No centro Sénior B podemos deparar com uma percentagem de 71.43 % foi uma pontuação de 8 (Gráfico 2).

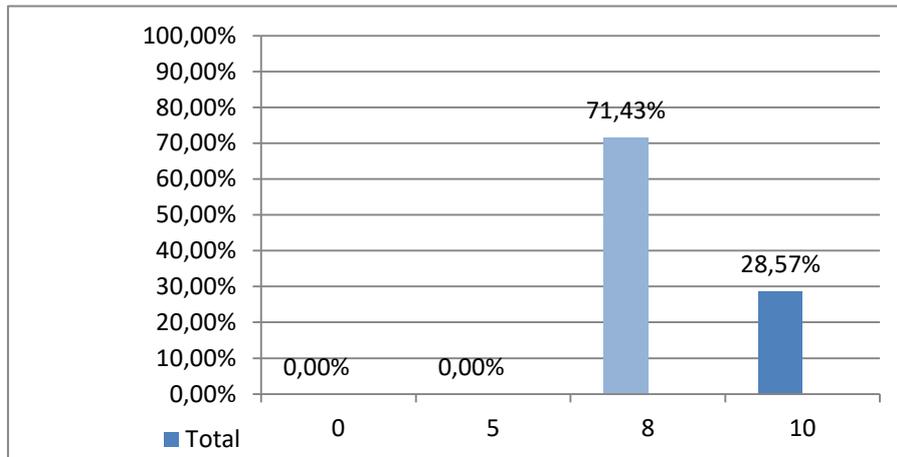
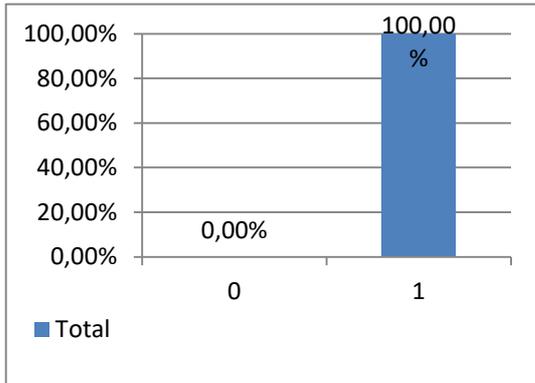


Gráfico 2 - Pontuação representativa relativamente à Orientação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior B.

Verificou-se que o centro Sénior A e B no item da Retenção (Gráfico 3 e 4) e Evocação (Gráfico 4 e 5) apresentam 100% com uma pontuação de 1.

Centro Sénior A



Centro Sénior B

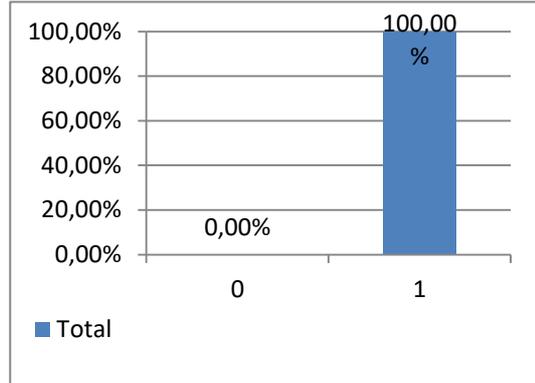
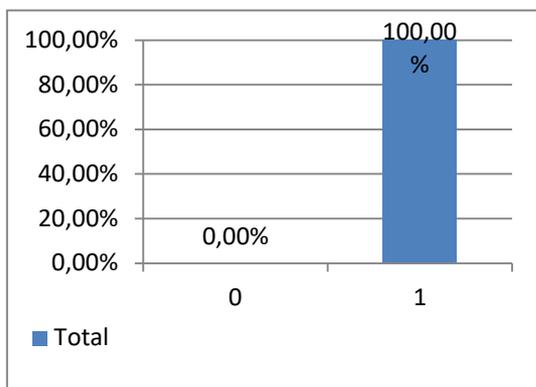


Gráfico 3 e 4 - Pontuação representativa relativamente à Retenção do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B.

Centro Sénior A



Centro Sénior B

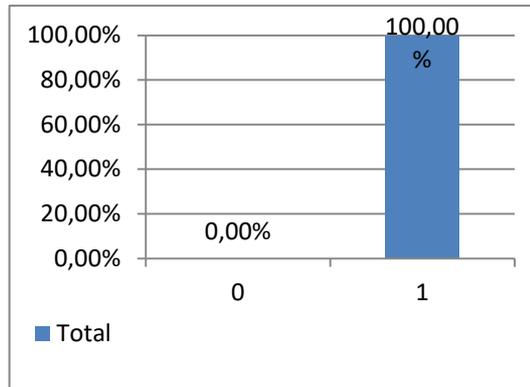
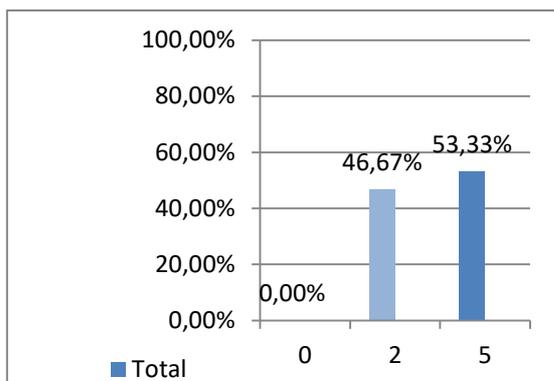


Gráfico 5 e 6 - Pontuação representativa relativamente à Evocação do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B.

Em relação à Atenção e Cálculo muitas das utentes apresentaram alguma dificuldade e prática para dar início ao desenvolvimento do raciocínio, no entanto devido a esse obstáculo sentido, a maioria acertou apenas em duas respostas tendo um valor médio de 53,33% tanto no Centro Sénior A e no Centro Sénior B 71,43% (Gráfico 7 e 8).

Centro Sénior A - Atenção e cálculo



Centro Sénior B - Atenção e cálculo

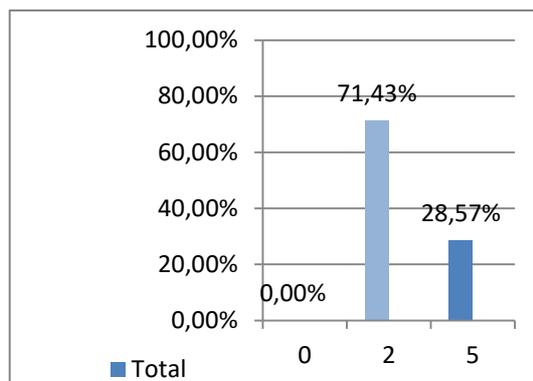
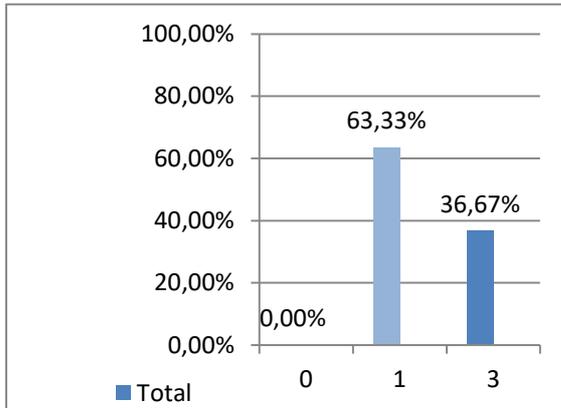


Gráfico 7 e 8 - Pontuação representativa relativamente à Atenção e Cálculo do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B.

Em relação à Linguagem c) muitas das utentes também apresentaram alguma dificuldade para dar início ao desenvolvimento do raciocínio uma vez que são exercícios que não estão habituadas a realizar no dia-a-dia. Uma das dificuldades sentidas para além de dar início ao exercício foi depois qual o exercício a realizar a seguir e que se refletiu nos resultados, no entanto devido a esse obstáculo sentido, a maioria acertou apenas numa resposta tendo um valor médio de 63,33% no Centro Sénior A e no Centro Sénior B de 71,43% valendo um ponto.

Já 36,67% no Centro Sénior A acertaram todas, assim como 28,57% no Centro Sénior B (Gráfico 9 e 10).

Centro Sênior A Linguagem c)



Centro Sênior B Linguagem c)

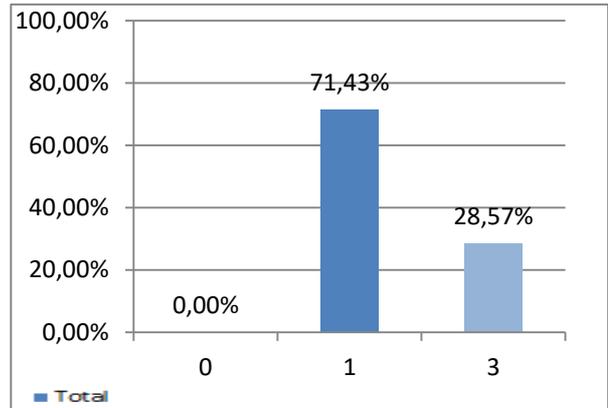
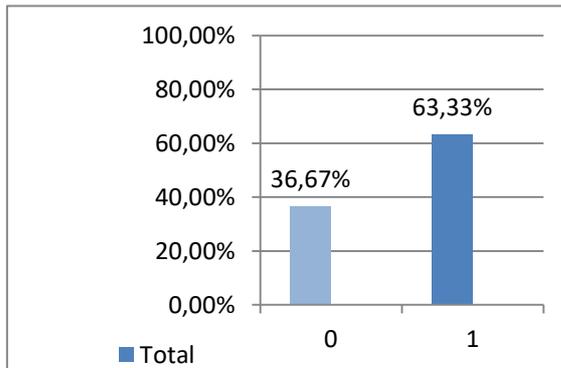


Gráfico 9 e 10 - Pontuação representativa relativamente Linguagem c) do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sênior A e B.

Verificou-se que o Centro Sênior A e B no item da Linguagem e) apresenta 0 pontos cerca de 36,67 % e 1 ponto cerca de 63,33% no Centro Sênior A e no Centro Sênior B 28,57% 0 pontos e 71,43% 1 ponto no Centro Sênior B (Gráfico 11 e 12). Uma vez que são pessoas idosas e com um nível de escolaridade mais baixo que habitual.

Centro Sênior A Linguagem e)



Centro Sênior B Linguagem e)

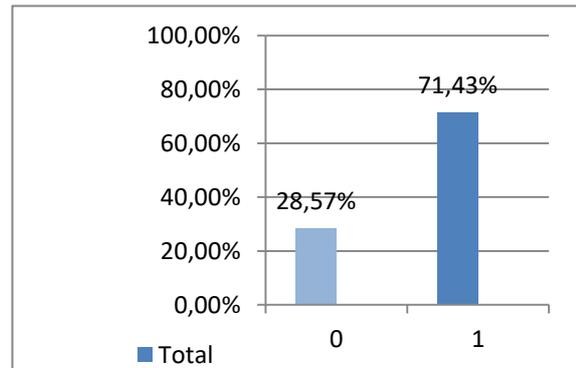
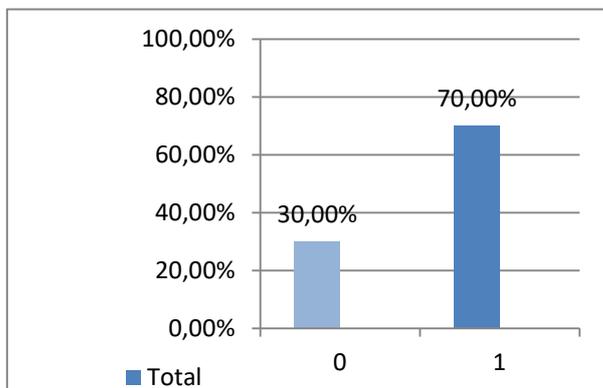


Gráfico 11 e 12 - Pontuação representativa relativamente à Linguagem e) do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sênior A e B.

No centro Sênior A e B no item da Habilidade Construtiva apresentam 0 pontos cerca de 30 % e 1 ponto cerca de 70,00% no Centro Sênior A e no Centro Sênior B 0% 0 pontos e 100,00% 1 ponto no Centro Sênior B (Gráfico 9 e 10).

Centro Sénior A – Habilidade Construtiva



Centro Sénior B – Habilidade Construtiva

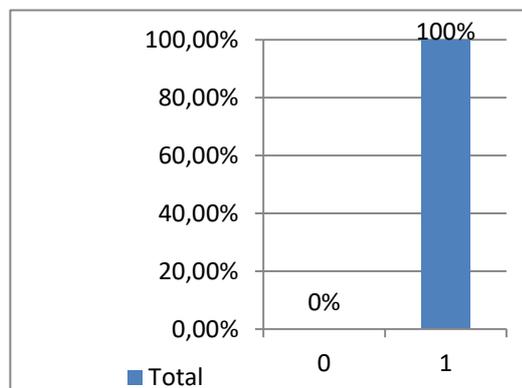


Gráfico 13 e 14 - Pontuação representativa relativamente à Habilidade Construtiva do Mini Mental State Examination (MMSE) no Centro Sénior A e B.

Em suma, os dois Centros Seniores, apresentam os indivíduos orientados sem algum défice mental que impeça a aplicação destes questionários. Todos responderam de forma correta à maioria das questões exceto a algumas como Atenção e Cálculo, Linguagem item c) e e) e Habilidade construtiva sendo de assinalar que de acordo com o processo de envelhecimento as pessoas vão sofrendo uma diminuição do estado cognitivo geral, nomeadamente em termos da função de execução o que interfere nas tarefas que necessitam de mais atenção, rapidez, concentração, raciocínio indutivo, precisão, priorização de foco e inibição de informações irrelevantes (Oliveira, Silva e Confort, 2017), podendo no entanto este aspeto estar associado com a menor estimulação que tiveram nos últimos tempos devido a estarem com maior isolamento social devido à pandemia.

Com a aplicação **da Escala de Barthel** nos Centros Seniores A e B foi realizada a média das respostas de cada indivíduo aos 10 itens variando a pontuação entre 0, 5, 10 e 15, de acordo com as instruções das autoras. Verificou-se que tanto no Centro Sénior A como no B, a maioria das atividades de vida diárias não apresentaram nenhuma mudança tendo sido cerca de 100%. Onde as inquiridas referiram alterações, sendo uma minoria, foi no sistema urinário cerca de 6.67% Centro Sénior A e 14.29% no Centro Sénior B dizendo terem acidentes ocasionais.

A alteração no sistema urinário é comum em algumas mulheres sobretudo nas multíparas apresentando assim por vezes acidentes ocasionais do sistema urinário.

Há ainda que referir que esta amostra representa as pessoas com maior independência pois neste momento são as que se encontram a frequentar os Centros Seniores.

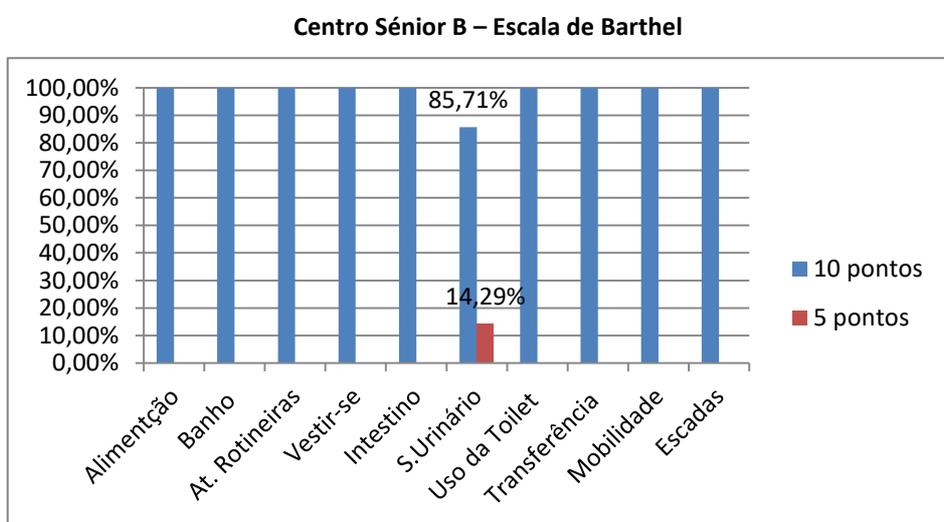
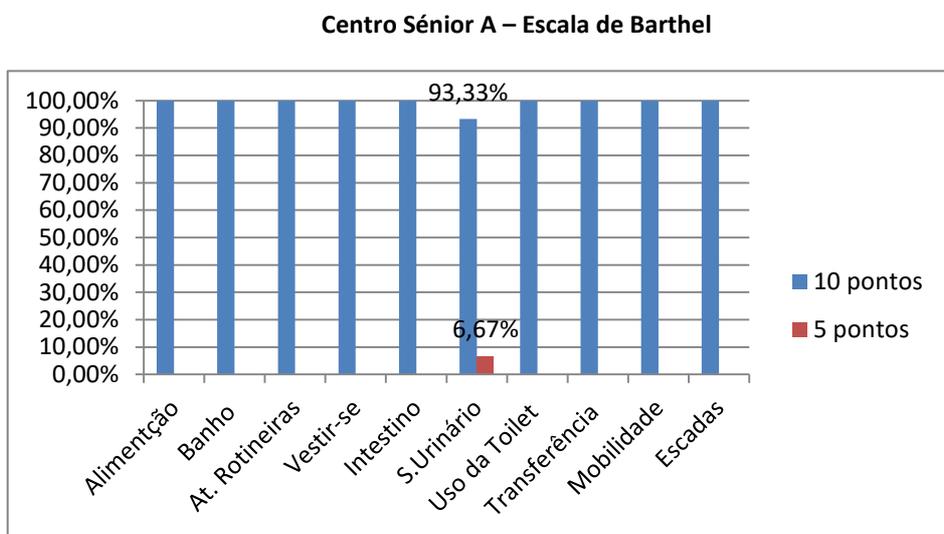


Gráfico 15 e 16 - Pontuação representativa da Escala de Barthel demonstrando qual a atividade que apresentou menor pontuação.

No que diz respeito a **escala da Solidão – UCLA Daniel Russell**, a maioria, 70% (Gráfico 17) das inquiridas do Centro Sênior A, referem que após o isolamento obrigatório e com a situação sanitária que atravessamos atualmente, nunca se terem sentido infelizes por fazer muitas coisas sozinhos, uma vez que tinham os seus cônjuges para lhes fazerem companhia, os meios tecnológicos para falarem com os seus familiares, as idas ao comércio local, agricultura e os animais. No entanto 20% referem que se sentiram algumas vezes e outras 10% que se sentiram raramente por serem divorciadas ou viúvas ou por não saberem utilizar os meios tecnológicos. Já os inquiridos do Centro B na sua totalidade referem nunca se terem sentido infelizes (Gráfico 18).

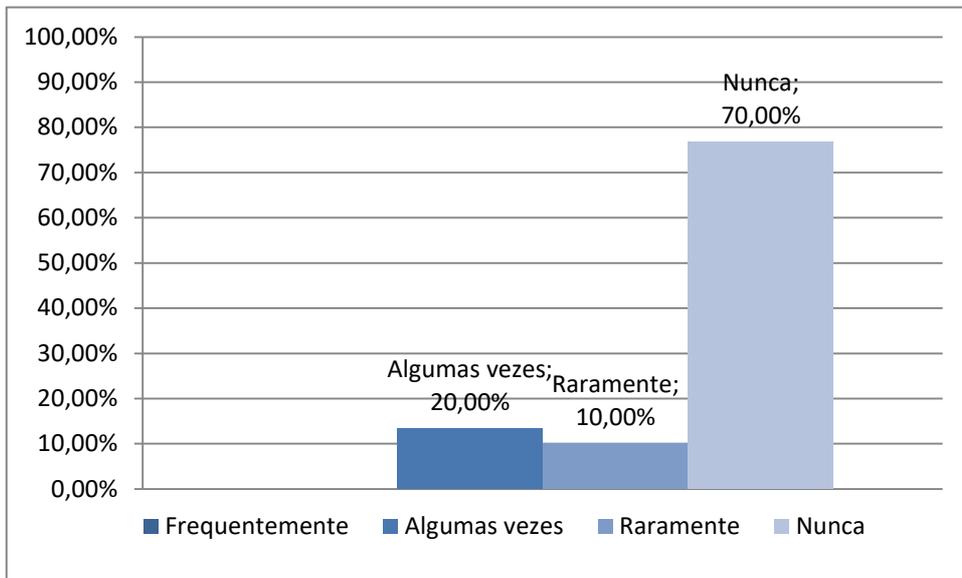


Gráfico 17- Respostas à pergunta “Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?” - Centro Sênior A.

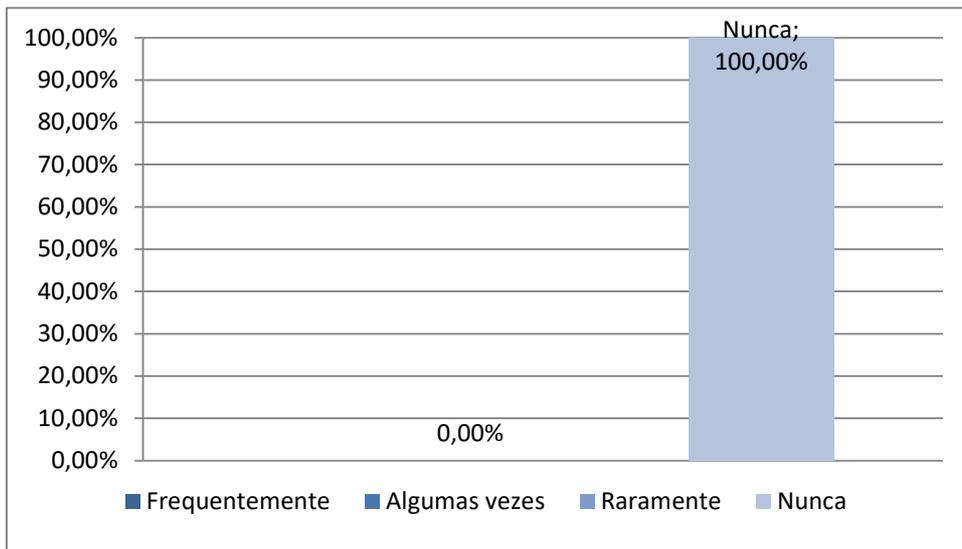


Gráfico 18 - Respostas à pergunta “Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?” - Centro Sênior B.

A maioria das inquiridas no Centro Sênior A 83,33% referem que nunca sentiram que não tinham com quem falar, assim como 10,00% algumas vezes e 6,6% raramente. No entanto no Centro Sênior B a maioria 57,14% e 42,86% algumas vezes sentiram que não tinham com quem falar (Gráficos 19 e 20).

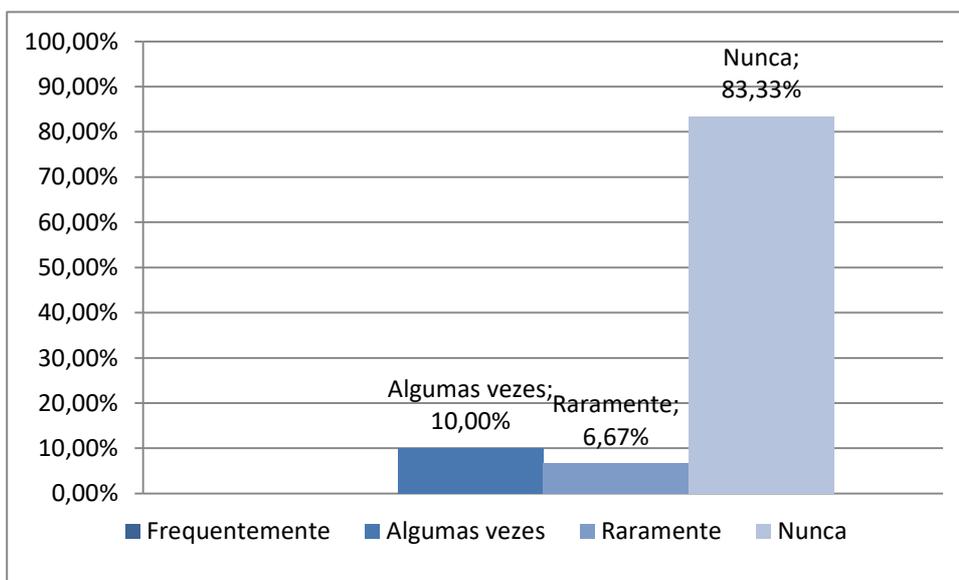


Gráfico 19 – Respostas à pergunta “ Sente que não tem alguém com quem falar?” - Centro Sênior A.

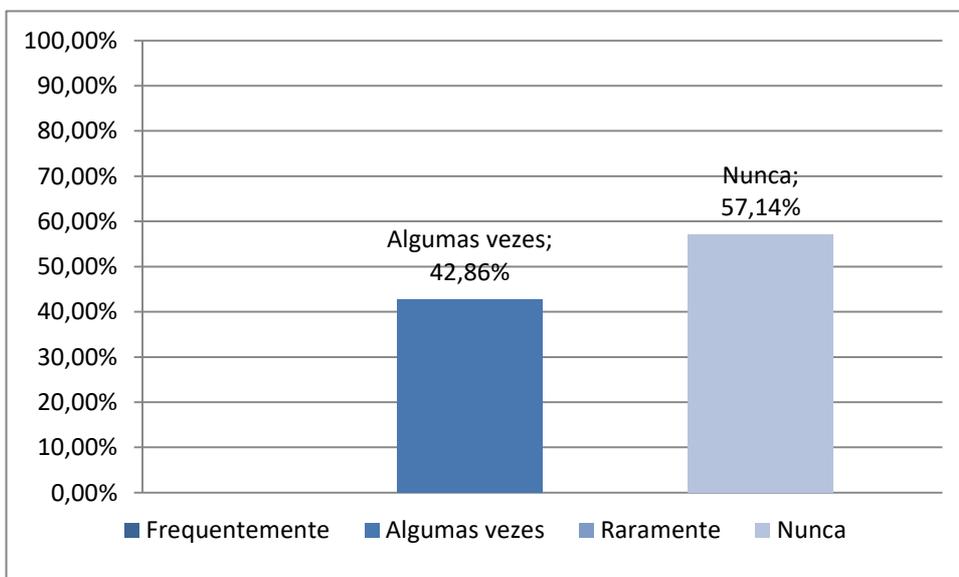


Gráfico 20 – Respostas à pergunta “ Sente que não tem alguém com quem falar?” - Centro Sênior B.

Em relação ao gráfico 21 e 22 a resposta à pergunta “Sente-se completamente só” no Centro Sênior A, 90% das inquiridas respondeu nunca e uma minoria (6,67%) respondeu algumas vezes e 3,33% responderam raramente. Já no centro sênior B, a totalidade das inquiridas respondeu que nunca se sentiram sós após o isolamento e mesmo atualmente.

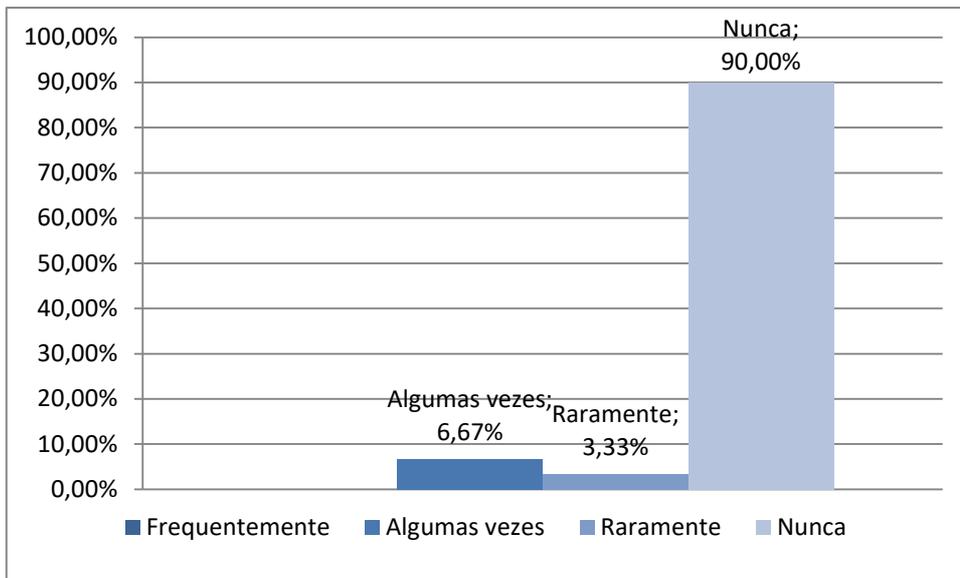


Gráfico 21 – Resposta à pergunta "Sente-se completamente só?" Centro Sénior A.



Gráfico 22 – Resposta à pergunta "Sente-se completamente só?" Centro Sénior B.

Relativamente à questão "Sente-se isolado das outras pessoas?" no Centro Sénior A, a maioria das inquiridas, referiram que nunca se sentiram (90,00%) e 10,00% referiram que se sentiram algumas vezes. No centro Sénior B, a maioria referiu que nunca se sentiu (71,43%) e as restantes que se sentiram algumas vezes (28,57%) (Gráfico 23 e 24).

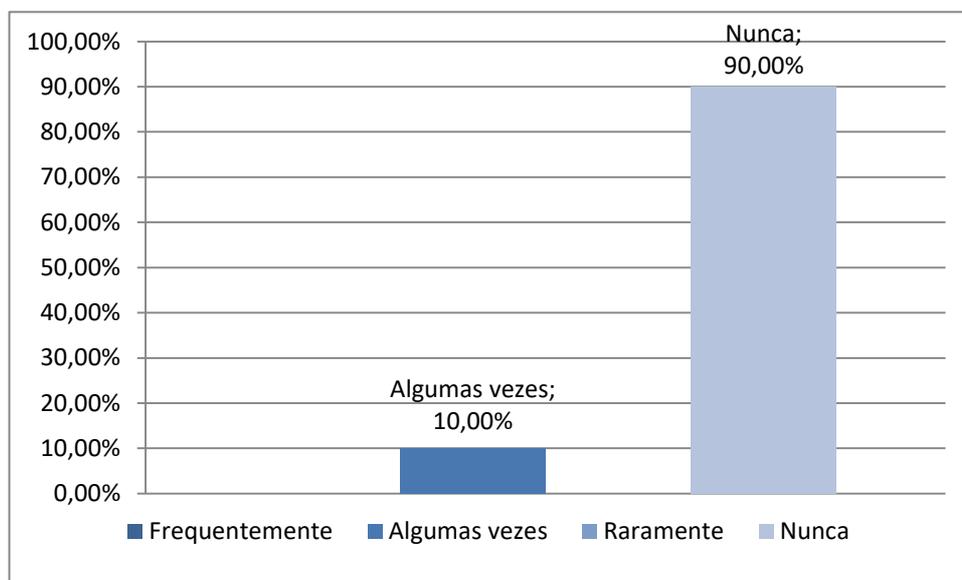


Gráfico 23 – Resposta à pergunta “Sente-se isolado das outras pessoas?” Centro Sênior A.

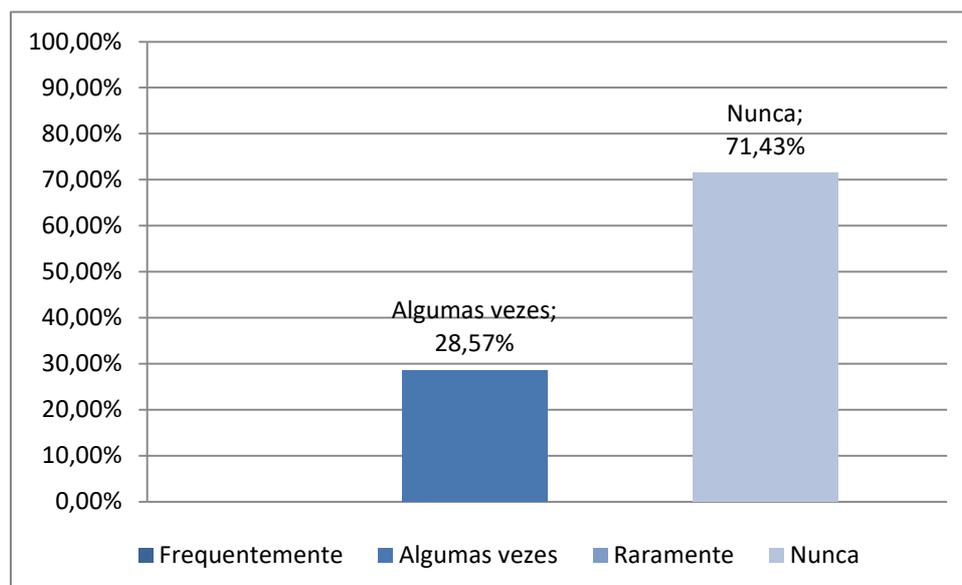


Gráfico 24 – Resposta à pergunta “Sente-se isolado das outras pessoas?” Centro Sênior B.

De acordo com os resultados adquiridos após a análise das respostas dadas pelas inquiridas às perguntas anteriormente descritas, pode-se concluir que “Somos fundamentalmente uma espécie social e está na nossa natureza reconhecer, interagir e estabelecer relações com os nossos semelhantes” (Rodrigues, 2018, p.1) e nesse sentido verifica-se que algumas pessoas relatam algum sentimento de **solidão** e também algumas alterações cognitivas que poderão beneficiar de

um projeto de intervenção comunitária. Não podemos dizer com toda a certeza que esse sentimento de solidão e as alterações cognitivas se deveram ao isolamento para prevenção da Covid-19, pois não houve nesta população uma avaliação prévia que nos servisse de elemento de comparação, no entanto, estudos realizados em vários países evidenciam que o isolamento social dos idosos relacionado com a Covid-19 trouxe alterações na sua saúde mental, com aumento da ansiedade, stress e do sentimento de solidão, trazendo também alterações motoras devido à diminuição da atividade física.

Deve-se entender a diferença entre isolamento social e solidão. O isolamento social refere-se a um número reduzido de interações sociais como a ausência de contacto social ou familiar, a ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e ausência ou dificuldade no acesso a serviços. O isolamento social pode despoletar o sentimento de solidão (SNS24, 2022). Decretado pelo estado em Março de 2020 e que despoletou a solidão nos idosos por serem mais frágeis e por uma saúde mais debilitada.

“A solidão é um sentimento subjetivo e relaciona-se com ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de se estar isolado. Por outro lado, o sentimento de solidão pode interferir com a qualidade de vida das pessoas” (SNS24, 2022). A solidão é composta por fatores intrínsecos (como a personalidade) e por fatores extrínsecos (como a rede social de apoio). Com isso a pessoa que se sente sozinha entende as suas relações sociais como diminutas ou de baixa qualidade, de acordo com as suas preferências de envolvimento social. No entanto, também existem pessoas que preferem passar mais tempo sozinhas e ter uma rede social mais reduzida (isolamento ativo), sem que se sintam efetivamente sozinhas. Já as pessoas mais introvertidas preferem baixos níveis de envolvimento social. A solidão apresenta uma diferença entre as preferências pessoais de envolvimento social e a rede social que a pessoa tem (isolamento passivo) (Rodrigues, 2018).

“A solidão constitui um problema social cada vez mais prevalente, devido ao envelhecimento populacional e às mudanças na organização da sociedade e na estrutura e dinâmica das famílias. A solidão é uma fonte de sofrimento significativo, associando-se à redução da qualidade de vida e ao aumento da morbilidade e mortalidade” (Rodrigues, 2018, p. 1).

Tem sido um problema cada vez mais presente nos idosos, tendo vindo a aumentar nas últimas décadas, e alguns recentes estudos pré-pandemia indicavam que quase um terço dos idosos passa pela solidão ou isolamento social (Rodrigues, 2018; Marques, 2020e). Estudos atuais indicam que durante a pandemia com as medidas de isolamento decretadas sobretudo para os idosos, este sentimento de solidão foi evidenciado.

Apesar de a solidão e do isolamento social terem sido maioritariamente esquecidos pelos

profissionais de saúde, a pandemia Covid-19 fez aumentar o foco e a importância da solidão e do isolamento social nos idosos, pelo que há que ter em conta, os fatores que colocam os idosos em risco de solidão ou de isolamento social: viver sozinho ou numa comunidade rural, ter um mau estado funcional, ser viúvo, ser do sexo feminino, ter um baixo nível de educação e de renda, possuir depressão e sentir-se incompreendido pelos outros (Marques, 2020). Devido ao isolamento obrigatório muitos dos idosos acabaram por deixar de ter contacto com as suas redes de suporte assim como os serviços sociais e de saúde e devido a esse motivo permaneceram mais tempo sozinhos. Os restantes gráficos da caracterização da população alvo, encontram-se no Apêndice IV.

Com base na caracterização da população, na evidência científica encontrada na revisão scoping efetuada e nas perceções da equipa multidisciplinar da UCC X relativamente à problemática em estudo chegou-se aos seguintes resultados:

- 1 - Défices de conhecimentos sobre os fatores de risco e potenciais consequências da solidão na pessoa idosa;
- 2 - Défice na identificação de estratégias para combater a solidão;
- 3 - Défice no conhecimento de atividades de para combater a solidão;
- 4 - Défice de conhecimento sobre atividades de promoção da saúde cognitiva.

4.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

“A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, visto os seus grandes problemas serem a pertinência dos planos e a utilização dos recursos (p. 30). Simplificando “(...) é a dificuldade que se tem quando é necessário tomar decisões sobre assuntos diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo assunto, (escolha de técnicas, estratégias)” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 30).

Esta etapa tem presente duas componentes muito importantes, uma ligada ao tempo e outra ligada aos recursos. A componente temporal deve-se ao facto de as necessidades serem recorrentes e a dos recursos deve-se à impossibilidade de satisfazer as necessidades de todos. Assim deve-se ter em consideração dois elementos o horizonte do plano e a área de programação. A primeira deve-se ao limite de tempo ou momento que se está a programar. E a última refere-se às prioridades nacionais, regionais, distritais e concelhias, entre outras (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existem várias técnicas para a determinação de prioridades, neste caso a que considerámos adequada foi o Método de Hanlon. Este apresenta quatro prioridades: (A) amplitude ou magnitude do problema; (B) gravidade do problema; (C) eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do

problema) e por fim a (D) exequibilidade do projeto ou da intervenção. Os problemas vão ser ordenados criando-se um cálculo da fórmula, que se destina cada um dos problemas:

$$\text{Valor de Prioridade} = (A+B) \times C \times D$$

A amplitude ou magnitude do problema (A) corresponde ao número de pessoas atingidas por esse problema, de acordo com a população em estudo. A gravidade do problema (B), esta pretende estudar a mortalidade, morbidade, incapacidades e custos, entre outros. É uma escala que pode variar de 0 a 10. A eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema (C), é uma escala que varia de 0,5 e 1,5. Onde 0,5 corresponde a um problema de difícil solução. De acordo com, a exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) este apresenta cinco constituintes: Pertinência, Exequibilidade económica, Aceitabilidade, Disponibilidade de Recursos e Legalidade. Estes componentes não têm uma escala numérica, mas sim, uma escala de sim ou não que corresponde a 1 ou 0. Posto isto, se o valor da fórmula for zero, o problema é eliminado se for um o problema é prioritário (Tavares, 1992).

	(A)	(B)	(C)	Exequibilidade do Projeto (D)					Total
				Pertinência	Exequibilidade económica	Aceitabilidade	Disponibilidade	Legalidade	
	0-10	0-10	0,5-1,5						
1- Défices de conhecimentos sobre os fatores de risco e potenciais consequências da solidão na pessoa idosa.	8	10	1,5	1	1	1	1	1	26
2 - Défice na identificação de estratégias para combater a solidão	8	10	1,5	1	1	1	1	1	26
3 - Défice no conhecimento de atividades para combater a solidão.	8	10	1,5	1	1	1	1	1	26
4 - Défice de conhecimento sobre atividades de promoção da saúde cognitiva.	8	10	1,5	1	1	1	1	1	26

Tabela 7 - Determinação de Prioridades pelo Método de Hanlon (criação própria).

Com a aplicação do cálculo da fórmula Método de Hanlon, conseguiu-se compreender que todos os problemas identificados eram importantes, passíveis de ser alvo de um projeto de intervenção em comum e dessa forma rentabilizar os recursos para o combate a esta problemática, pelo que se manteve a lista inicial:

- 1 - Défices de conhecimentos sobre os fatores de risco e potenciais consequências da solidão na pessoa idosa;
- 2 - Défice na identificação de estratégias para combater a solidão;
- 3 - Défice no conhecimento de atividades de para combater a solidão;
- 4 - Défice de conhecimento sobre atividades de promoção da saúde cognitiva.

4.3. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é a terceira etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde.

Após encontrada a natural evolução do problema já se pode iniciar a determinação dos objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos “ (...) devem ser também geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, relativamente à população-alvo” (Tavares, 1992, p.114). Para a concretização dos objetivos é necessário que estes sejam pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Tavares, 1992).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), o objetivo é “ (...) o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, reduzindo em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (p.45).

Melo (2020), refere que a partir de uma definição de objetivos apropriada, vai se tornar possível delinear um percurso de estratégias de intervenção de uma maneira mais fácil, uma vez que passamos a reconhecer, a partir de um estado atual de uma determinada comunidade, que estado desejamos alcançar, onde e até quando.

A criação de objetivos é algo muito rigoroso, caso não seja assim, pode comprometer a validade e viabilidade do projeto (Melo, 2020).

Estes devem conter mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis de acordo com a população alvo, assim como apresentar elementos que são essências à tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e gestão do projeto (Tavares, 1992).

Posto isto, foi definido para o projeto de intervenção comunitária e indo de acordo com os resultados obtidos com o diagnóstico de saúde assim como com a determinação de prioridades foi realizado um objetivo geral e quatro específicos:

Objetivo Geral

- Capacitar a população alvo e seus cuidadores para o desenvolvimento de atividades de combate à solidão e de estimulação cognitiva.

Objetivos Específicos

-Capacitar o idoso/família/cuidador para conhecer potenciais fatores de risco e consequências da solidão na sua saúde e bem-estar;

- Capacitar o idoso/família/cuidador para conhecer estratégias de combate à solidão;

- Promover encontros e atividades entre utentes do Centro Sénior, que combatam a solidão e que promovam a estimulação cognitiva.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) um objetivo operacional ou meta “ (...) é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade” (p. 48). Tendo, em conta a ordem pela qual foram estabelecidos os objetivos, foram definidas as seguintes **metas**:

Objetivos específicos	Objetivos operacionais
- Capacitar o idoso/família/cuidador para conhecer potenciais fatores de risco e consequências da solidão na sua saúde e bem-estar;	- Que pelo menos 75% da população-alvo consiga revelar pelo menos um fator de risco e consequência da solidão na sua saúde e bem-estar;
- Capacitar o idoso/família/cuidador para conhecer estratégias de combate à solidão;	- Que no final da intervenção, pelo menos 80% da população alvo seja capaz de mencionar uma estratégia para combater a solidão;
- Promover encontros e atividades entre utentes do Centro Sénior, que combatam a solidão e que promovam a estimulação cognitiva.	- Que no final da intervenção, pelo menos 75% da população alvo seja capaz de estabelecer o convívio e atividades entre os utentes.

Tabela 8 - Objetivos específicos e operacionais (criação própria).

4.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Imperatori & Giraldes (1993), considera ser uma das etapas mais importantes no processo de planeamento em saúde. Nesta etapa pretende entender qual o processo mais adequado para diminuir os problemas de saúde prioritários.

“Com uma definição de estratégias, em termos inovadores e criativos, pretende-se propor novas formas de actuação que permitem alcançar objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.65).

Por vezes ao se descrever bem uma estratégia poderemos deparar com a correção dos objetivos já fixados por apresentar falta de recursos humanos, materiais ou financeiros (Imperatori & Giraldes, 1993).

Através das seguintes **estratégias** selecionadas pretende-se dar resposta ao diagnóstico de situação identificado e aos problemas priorizados, indo de acordo com os objetivos definidos e as metas propostas:

- Envolvimento da equipa multidisciplinar (profissionais que estão diretamente ou indiretamente presentes e responsáveis pelos idosos) de modo a permitir e estabelecer uma boa relação entre todos os elementos da equipa;

- Parcerias com outros setores nomeadamente os responsáveis dos Centros Seniores, sendo estas parcerias indispensáveis para atingir as metas, de outro modo não se conseguiria ou apresentaria dificuldade em concretizar;

- Promoção do *empowerment* dos idosos, individualmente ou em grupo, tendo em conta a sua vontade e tomada de decisão, as suas necessidades, prioridades e as suas patologias;

- Educação para a saúde de acordo com as características da população alvo permitindo aumentar o conhecimento da mesma e assim contribuir para o seu bem-estar;

- Prevenção terciária/Reabilitação através do uso de exercícios de estimulação cognitiva de modo a recuperar as suas funções perdidas;

- Divulgação do projeto de intervenção através das suas atividades e da presença de cronogramas essenciais para o decorrer do projeto.

4.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Esta fase é a que tem mais itens em comum com as fases que lhe são anteriores e posteriores. Vai “(...) permitir a interligação das diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos e facilitar em suma a realização das actividades” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.115).

Para tal, realizaram-se as seguintes tabelas permitindo uma melhor delegação de funções de cada profissional:

Stakeholders do projecto
Enfermeira Coordenadora da UCC X
Membros da Equipa de Enfermagem da UCC X
Coordenadora dos Centros Seniores A e B

Tabela 9 - Stakeholders do Projeto (criação própria).

Gestor do Projeto
Mestranda Jéssica Costa
Enfermeira X (responsável pela continuidade do projeto)
Equipa de Gestão do Projeto
Enfermeira Coordenadora X
Enfermeira Supervisora X
Equipa de Execução do Projeto
Mestranda Jéssica Costa
Enfermeira Supervisora X
Enfermeiros da Equipa da UCC
Colaboradores no Projeto X

Tabela 10 - Gestor, equipa de gestão e equipa de execução (criação própria).

Foi elaborada a Work-Breakdown Structure (WBS), que apresenta a estrutura geral do projeto e posteriormente uma desfragmentação dos diversos componentes que a constituem, que se encontra na figura 4.

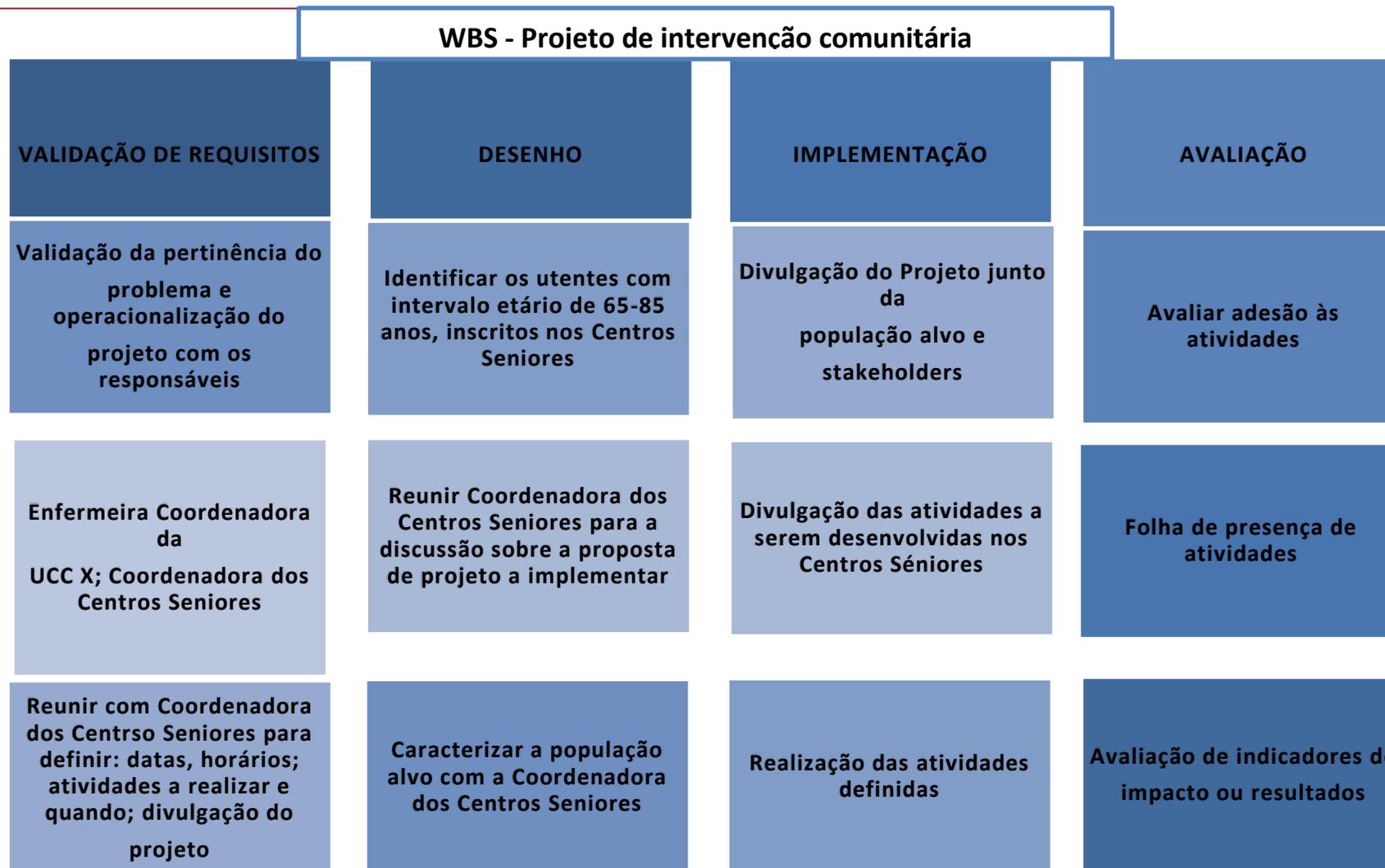


Figura 4 - Work-Breakdown Structure (WBS) (criação própria).

Também foi criada uma tabela com o **cálculo da gestão do risco**, tendo em conta os critérios de sucesso e atribuição da sua importância relativa:

Critérios de Sucesso	Importância Relativa
Valor do projeto para a UCC X	10
Parceria Autarquia	10
Parceria com a Coordenadora do Centro Sénior	10
Parceria dos Colaboradores no Projeto X	10
Planeamento Adequado	15
Expetativas Realistas	7
Competências dos Formadores	7
Visão e objetivos claros	10
Organização dos procedimentos	6
Motivação dos Intervenientes	15
TOTAL	100

Tabela 11 – Gestão de Risco (criação própria).

Foi criada a tabela 12 com a revisão das estratégias e dos objetivos que acontece “ (...) *em caso de necessidade absoluta, à revisão dos objetivos, no caso da equipa de planeamento não conseguir ultrapassar os déficits de recursos evidenciados na etapa anterior (...)*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 70). E assim perceber o que está realizado e que ainda falta por realizar.

Parâmetro	Ponto de Situação
Projeto de Saúde	Construído
Parcerias	Estabelecidas
Reuniões	Realizadas
Equipa de Enfermagem	Envolvida
Planeamento das Atividades	Construído
População Alvo	Selecionada
Espaços Físicos	Definido
Publicidade	Não iniciada

Tabela 12- Revisão das estratégias e dos objetivos (criação própria).

Também foram criadas tabelas para permitir uma melhor organização do projeto de intervenção que se encontram em apêndices:

- Planeamento das Reuniões com os *Stakeholders* de modo a entender quais os pontos-chave a abordar nas reuniões;
- Foi criada uma estimativa de custos do projeto assim como uma previsão dos recursos materiais e humanos (Tabelas 13 e 14);

- Plano formativo global das atividades realizadas ao longo do projeto;
- Cronograma de atividades vai permitir ajudar a verificar em que fase ou atividade se encontra o projeto (Apêndice I).

Os procedimentos de análise e tratamento estatístico dos dados do estudo vão ser tratados no programa informático Excel, onde vai permitir uma melhor clarividência acerca dos dados colhidos.

4.5.1. Previsão de recursos

De acordo com Tavares (1992), a identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros, é fulcral nesta fase, uma vez que afetará a realização de todo o processo de planeamento do projeto. Por este motivo, só é viável executar o projeto de intervenção comunitária se os recursos referidos se encontrarem disponíveis. Posto isto, foram criadas duas tabelas que apresentam uma com os recursos materiais e humanos previstos e outra com a estimativa de custos do projeto:

Previsão de Recursos - Aplicação de Questionários	
Recursos Materiais	Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"> • Impressora; • Folhas A4; • Canetas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestranda Jéssica Costa • Enf.^a supervisora X

Tabela 13 - Previsão de Recursos – Aplicação de questionários (criação própria).

Tipo De Recursos	Recursos	Quantidade	Custo
Informáticos	Impressora	1	0
Material Informativo	Folhas A4 impressas (questionário)	150x0,16€	24 €
	Canetas	24	3,98 €
Recursos Humanos	Enfermeiros	35horas- 11€/h = 385€ x 2 momentos	770€
Combustível	Viatura automóvel	2	52€
TOTAL PREVISTO			849,98 €

Tabela 14 – Custos previstos - Aplicação de Questionários (criação própria).

4.6. PLANEAMENTO DE MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO

A avaliação deve ser precisa e pertinente. Esta “(...) não é sinónimo de monitorização, já que esta, visando a verificação continua do desenrolar de um projecto, é somente uma parte daquela” (Tavares, 1992, p. 203).

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou um modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 127). Assim este conceito vai-nos permitir concomitantemente determinar o objetivo e o objeto da avaliação como: determinar o valor de uma intervenção de modo a nos levar a uma tomada de decisão. Os desenvolvimentos obtidos com as atividades, serão assemelhados conjuntamente, com situação inicial e com os objetivos e metas delimitadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Uma exata avaliação e monitorização dos projetos, vai possibilitar a comparação do estado inicial e final, da população alvo antes e após a realização de um projeto. Determinando as atividades realizadas com os recursos que serão gastos de modo a adaptar os objetivos com as necessidades verificadas (Tavares,1992).

Não foi possível realizar as atividades do projeto, devido ao agravamento da situação pandémica e retorno à situação de isolamento para alguns idosos, pelo que não apresentamos a tabela que compara o estado inicial do final do projeto. Esta permitiria avaliar a concretização das atividades planeadas atempadamente, se os parceiros do projeto estiveram presentes e a taxa de adesão e satisfação dos utentes em cada atividade. Assim como permitiria entender se o projeto conseguiu obter, dentro da data estipulada, os indicadores previstos. A concretização do projeto será realizada pela equipa que ficará a gerir a sua continuidade na UCC X e em particular da Enfermeira Especialista designada para o coordenar. Pretende-se que através da sua continuidade e posterior avaliação, este projeto possa ser replicado, no futuro, por outras equipas da mesma instituição e noutros contextos comunitários. Para esse efeito foi deixado na UCC X, em suporte informático, todo o material necessário para a sua concretização e posterior follow up.

5. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Nos Cuidados de Saúde Primários estão presentes enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas. O Enfermeiro Especialista “(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...)” (Diário da República, 2019, p.4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista encontram-se presentes em quatro domínios: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão de cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019).

O domínio da **Competência do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** “a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)” (Diário da República, 2019 p.4745). Este domínio foi atingido tendo em conta que foram respeitados os princípios éticos e deontológicos da profissão, durante as atividades desenvolvidas em ambos os estágios bem como na realização do diagnóstico da situação e na elaboração do projeto de intervenção comunitária. Também foram surgindo, ao longo dos estágios, algumas situações em que houve necessidade de se dar uma resposta final de forma assertiva de acordo com o domínio ético, deontológico e legal. Esta constante preocupação esteve sempre presente nos estágios.

Foi mantida sempre a privacidade e o anonimato dos participantes no projeto, respeitando sempre as vontades cada pessoa e indo de acordo com os pressupostos éticos que deverão estar incessantemente presentes num projeto. Tal como o respeito pelos direitos humanos onde se teve sempre em atenção a tudo o que pudesse interferir com algum direito dos intervenientes.

No domínio **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**, “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (Diário da República, 2019 p.4745). O enfermeiro deve ser responsável por um papel dinâmico no desenvolvimento e apoio das iniciativas estratégicas direcionadas para a área da governação clínica. Também é responsável por desenvolver, gerir, colaborar e manter a qualidade dos cuidados de saúde de forma contínua a fim de garantir um ambiente terapêutico e seguro, isto é, de modo a que os cuidados sejam prestados num ambiente focado no ser Holístico. Tudo isto foi respeitado

ao longo do desenvolvimento dos estágios e em particular no desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Durante os estágios participei em várias atividades, de modo a enriquecer melhor os meus conhecimentos e prática, com os enfermeiros da UCC como visitas domiciliárias planeadas, visitas da ECCI e Centro de Vacinação sempre sob a supervisão do enfermeiro orientador com um pressuposto que era a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A qualidade e a importância da sua melhoria estiveram sempre presentes ao longo dos estágios.

Ao longo dos estágios foi essencial, em particular no desenvolvimento do projeto de intervenção, realizar uma gestão dos riscos, através da realização do cálculo de indicadores de modo a avaliar a evolução do projeto permitindo que decorresse sem intercorrências que fossem passíveis de serem controladas, favorecer um ambiente seguro e com o mínimo de imprevistos. Também foi realizado uma previsão de recursos e uma estimativa de custos a fim de calcular e orientar os recursos necessários.

No domínio das **Competências do domínio da gestão dos cuidados**, a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) (Diário da República, 2019 p.4745).

A enfermeira que supervisionou no estágio, é especialista em Enfermagem comunitária e para além disto também desempenha funções de coordenadora da UCC e desenvolver os estágios sob a sua supervisão foi crucial para o desenvolvimento desta competência. Tendo em conta o momento pandémico, foi possível observar e colaborar na constante adaptação e readaptação das necessidades do momento, para a gestão da UCC assim como da equipa, de modo a obter uma gestão eficaz. O Enfermeiro Especialista deve ser detentor do conhecimento e experiência para que possa ter uma voz ativa nas tomadas de decisão e na definição das melhores estratégias para os colegas de enfermagem e restante equipa multidisciplinar.

Como já referido, os estágios decorreram numa altura de pandemia o que fez com que o local de estágio sofresse alterações quer a nível estrutural quer a nível de gestão de equipas, o que tornou possível observar na prática a liderança num contexto pouco favorável, onde só uma pessoa com um bom sentido de liderança e gestão consegue liderar e obter objetivos assim como manter uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar. Assim, esta competência foi também adquirida através da observação do trabalho desenvolvido pela Enfermeira supervisora do Estágio perante a capacidade para lidar com a falta de recursos e assim como lidar com a sua gestão.

Nas **Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada

em evidência científica (D2) (Diário da República, 2011 p.4745).

Com a realização destes estágios foi possível aprofundar os meus conhecimentos e práticas, em particular as adquiridas em contexto teórico para que posteriormente fosse possível exigir mais de mim em termos pessoais e profissionais. Isso fez com que se verificasse um aumento e um aperfeiçoamento ao nível da criação de relações terapêuticas com os utentes enquanto enfermeira assim como em termos de competências a nível da comunicação e da assertividade.

Apesar da pandemia e de todo o cansaço sentido, conseguiu-se estabelecer uma relação onde consegui transmitir informações acerca do projeto de forma assertiva e adequada de modo que, os profissionais e os utentes dos Centros Seniores, se motivassem e se envolvessem. Toda a informação para o desenvolvimento de projeto foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica sustentada em evidências científicas, que resultou numa scoping review (Apêndice XVI).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o Regulamento n.º 428/2018, tem um papel essencial na promoção e educação para a saúde e na prevenção da doença (Diário da República, 2018). Tudo isto vai encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública que são: estabelecer “(...) com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”; contribuir “(...) para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; integrar “(...) a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” e realizar e cooperar “na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Diário da República, 2018, p. 19365).

De acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública foi possível realizar uma autorreflexão sobre o que foi adquirido ao longo destes dois estágios. A componente prática deste Mestrado foi essencial para adquirir conhecimentos e competências e sobretudo para colocar em prática e desenvolver os conhecimentos e competências desenvolvidas na sua componente teórica através das diferentes Unidades Curriculares ministradas.

Indo de encontro com a primeira Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o projeto de intervenção comunitária apoiou-se na Metodologia do Planeamento em Saúde permitindo que fosse possível realizar um diagnóstico de saúde de uma determinada população alvo de modo a aferir as suas reais necessidades e assim procurar encontrar respostas para solucionar essas mesmas necessidades. Após aferidas necessidades estabeleceram-se as prioridades e os objetivos, selecionaram-se as estratégias que foram muito importantes para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, tendo sempre por base a Metodologia do Planeamento em Saúde e o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Não se tendo conseguido colocar em prática as atividades planeadas, devido às

circunstâncias pandémicas, estas ficaram planeadas para desenvolvimento posterior.

Para a segunda Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Diário da República, 2018, p. 19365). Procurámos todas as oportunidades para que pudesse ser atingida na totalidade, apesar das circunstâncias pandémicas não serem muito favoráveis a esse intento. Nas atividades desenvolvidas na UCC e nas visitas aos Centros Seniores para a realização dos questionários, aproveitámos todas as oportunidades para o desenvolvimento dessa competência. O projeto de intervenção comunitária e todas as atividades inerentes ao mesmo configura-se como um instrumento de capacitação da população alvo, com vista a uma melhor gestão do seu processo saúde-doença. A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar e foi muito importante ser integrada nela, acima de tudo na prestação de cuidados no domicílio onde foi possível estabelecer um maior contacto e aferir as reais necessidades de saúde dos utentes desses cuidados e agir em conformidade.

Em termos da terceira Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (Diário da República, 2018, p. 19365). O enfermeiro especialista, durante a sua prática profissional, deve integrar-se em projetos e programas de saúde que vão de encontro com os objetivos do Plano Nacional de Saúde onde a realização deste projeto se ancora e também nas orientações da Organização Mundial de Saúde e da Direção-Geral da Saúde em termos de promoção da saúde. Nas diferentes atividades desenvolvidas na UCC, como por exemplo as atividades da ECCI e a vacinação contra a Covid-19, houve integração dos programas que estavam a ser desenvolvidos e foi possível observar e colaborar na sua coordenação, sob a supervisão clínica da enfermeira responsável, o que tornou possível que também esta competência fosse alcançada.

Em relação à última Competência Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Diário da República, 2018, p. 19365). O enfermeiro especialista deve estar atento aos dados epidemiológicos da sua área geográfica, assim como a nível nacional e mundial, de modo identificar fatores e causas que estejam a intervir nos fenómenos que colocam em causa a saúde da população. Esta aquisição foi alcançada através da realização do diagnóstico da situação onde também foi necessário efetuar uma pesquisa de dados sociodemográficos assim como de indicadores de saúde de uma área geodemográfica.

Para além das competências mencionadas foram abordadas as competências para a atribuição de grau de mestre tendo sido alcançadas através dos estágios realizados assim como em contexto teórico do Mestrado, onde foram adquiridos e aprofundados muitos conhecimentos. No entanto,

com o projeto de intervenção comunitária e a realização de um artigo científico (scoping review) permitiu obter mais conhecimentos acerca da área da investigação.

Através de conhecimentos científicos e profissionais foram tomadas várias decisões de forma deliberada que surgiram ao longo do projeto assim como reflexões que foram fulcrais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Considero que a aprendizagem contínua deve ser mantida assim como a consolidação dos conhecimentos adquiridos, pelo que esta procura por conhecimento deve-se manter ao longo da vida.

Também a realização deste Relatório bem como a sua discussão pública permitem a aquisição das competências inerentes ao Grau de Mestre.

6. CONCLUSÃO

A população está cada vez mais envelhecida assim como mais vulnerável sendo necessário a adoção de estratégia que permitam um envelhecimento saudável e a manutenção das funções cognitivas sensoriais e motoras por o maior tempo possível. Atividades sociais, como o convívio entre idosos e intergeracionais, atividades promotoras da atividade física e motora proporcionam um envelhecimento ativo e saudável permitindo manter objetivos de vida, autonomia e independência.

A situação pandémica colocou em destaque as fragilidades dos idosos e diminuiu a sua liberdade e trouxe o receio de contrair Covid-19, no caso concreto da população alvo diminuiu a sua participação nas atividades dos Centros Seniores por terem receio de os frequentarem ou porque a sua saúde ficou mais fragilizada e se encontram hospitalizados ou mais debilitados de alguma doença que apresentem. O agravamento da situação pandémica durante a realização do estágio final e as medidas inerentes a esse facto, foi a maior limitação da realização do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, não tendo sido possível concretizar as atividades que estavam previstas e através destas obter os resultados pretendidos. No entanto, a visita aos Centros Seniores para a realização dos questionários, permitiu uma interação positiva com a população alvo, tendo sido aproveitadas todas as oportunidades para a capacitação dos idosos no que respeita sobre a promoção da sua saúde.

O sentimento de solidão e as alterações cognitivas são dois aspetos evidenciados nos estudos internacionais e também na população alvo, apesar de neste caso não termos elementos que comprovem se decorreu ou não do isolamento social por Covid-19. Esta é, de qualquer modo, uma problemática que deve ser trabalhada com vista a uma melhor qualidade de vida da população idosa, através também da capacitação da população idosa, da sua família e dos seus cuidadores para conhecerem os fatores de risco e as suas consequências assim como estratégias preventivas da solidão e promotoras das funções cognitivas.

Apesar das limitações impostas pela pandemia, e pelo facto do período de estágio ser limitado e por isso não ter sido possível colocar em prática as intervenções planeadas, na população-alvo, todo o material foi preparado e disponibilizado à equipa e à enfermeira responsável da UCC de modo a ser possível dar continuidade ao projeto de intervenção comunitária e também poder estender a aplicação dos instrumentos de colheita de dados a uma maior amostra populacional e assim ser mais representativa.

O enfermeiro tem um papel preponderante enquanto membro de uma equipa multidisciplinar uma vez que apresenta um papel de muita responsabilidade. Deve estar devidamente qualificado

de forma a dar respostas às necessidades em termos qualitativos e quantitativos da população em termos individuais, mas também coletiva.

A presença e a colaboração de todos os enfermeiros e, em especial da enfermeira orientadora, permitiu que o projeto se desenvolvesse, mas também que obtivesse conhecimentos e competências que me permitiram crescer em termos pessoais e profissionais.

Apesar de não ter conseguido concretizar as atividades devo ressaltar que o contacto com a população alvo foi muito gratificante, tendo sido muito bem acolhida e os momentos de interação foram positivos também para os idosos que tiveram a oportunidade de partilhar histórias de vida.

Foi sem dúvida uma etapa em que me fez crescer muito ao nível pessoal, mas sobretudo como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, V. & Lopes, C. (2019). *Literacia em saúde na prática*. Lisboa: ISPA.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Borges, A. (2018). Estimulação cognitivo-sensorial em idosos de uma IPSS. *Psicologia.pt-Portal dos Psicólogos*. Retirado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0450.pdf>
- Canali, A. & Scortegagna, S. (2021). Agravos à saúde mental de pessoas idosas frente a COVID-19, *Research, Society and Development* 10 (7), 1-14.
- Canhestro, A. (2018). *Envelhecer com saúde Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Costa, M. (2020). *Caderno de apoio ao estudo Programas de Intervenção para um Envelhecimento Ativo e Saudável*. Obtido de <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/4736/1/Apostila%20Envelhecimento%20Ativo.pdf>
- Costa, F. et al (2020). COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development* 6 (7), 49811- 49824.
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática (2ª edição ed.)*. Coimbra: Almedina.
- Diário da República (2008). Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª série, nº 38 de 22 de fevereiro de 2008, 1182 – 1189.
- Diário da República (2009a). Portaria n.º 272/2009, de 18 de março. Diário da República, 1.ª série, nº 54 de 18 de março de 2009, 1710 – 1711.
- Diário da República (2009b). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República, 2.ª série, nº 74 de 16 de abril de 2009, 15438 – 15440.
- Diário da República (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Ordem dos Enfermeiros – Regulamento n.º 428/2018. Diário da República, 2.ª série, nº 135 de 16 de julho de 2018, 19354-19359.
- Diário da República (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. Diário da República, 2.ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019,

4744 – 4750.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003). A promoção da Saúde – A Carta de Ottawa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2008). Envelhecer com Sabedoria: Actividade Física para Manter a Independência – Mexa-se Mais! Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas.

Direção-Geral da Saúde (DGS)(2015). Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019a). Plano de ação para a literacia em saúde, 2019-2021. Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2019b). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos profissionais de saúde. Ministério da Saúde.

Duque, A., Gruner H., Clara J., Ermida J. & Verissimo M. (2012). Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).

Ferreira., M. (2015). A qualidade da experiência subjectiva e o envelhecimento: Relações com o bem-estar e solidão. Tese de Doutoramento em Psicologia Especialização em Psicologia Social, Universidade do Minho, Braga, Portugal. Obtido de <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/20569/1/Maria%20Jos%C3%A9%20Pereira%20Ferreira.pdf>

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gomes, C. (2018). Atividade Física e Cognição em pessoas idosas institucionalizadas. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade da Beira Interior – Ciências Sociais e Humanas, Covilhã, Portugal. Obtido de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9784/1/6706_14098.pdf

Hossain, M, Sultana, A. & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol and Health* 42,1-11.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª ed., Lisboa: Obras Avulsas.

INE (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Obtido https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_genero_estudo&menuBOUI=13707294&contexto=pge&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab2&perfil=1464373&xlang=pt

INE (2005). Conceito idoso. Obtido <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>

INE (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Obtido de

- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Martins, M. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Obtido de <https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%20a%20da%20sa%20bade.pdf>
- Manual de Acolhimento UCC X (2019). Manual de Acolhimento UCC X – ARS algarve/ACES Barlavento.
- Marques, D. (2020). Solidão em Tempos de COVID. Obtido de <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/1237/1/Disserta%20a%20de%20Mestrado.pdf>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. 1.ª ed., Lisboa: Lidel.
- Oliveira, A., Silva, V., & Confort, M. (2017). Benefícios da estimulação cognitiva aplicada ao envelhecimento. Revista Episteme Transversalis, 8, 16-31.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2013). Health literacy: The solid facts. Copenhagen: WHO.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021a). Ageing and health. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021b). Coronavirus. Obtido de https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2021) Folha informativa COVID-19. Obtido de <https://www.paho.org/pt/covid19>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012). Crise & Saúde um país em sofrimento – Relatório de Primavera 2012. Lisboa: OPSS.
- Petterson S. & Bredow T.(2013). Middle Range Theories: Application to Nursing Resercheach. 3ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Pender, N., Murdaugh C. & Parsons M.(2011). Health Promotion in Nursing Practice. 7ªed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pinto A., Veríssimo M. & Malva J.(2019). Manual do Cuidador. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pocinho M., Farate C. & Dias C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. Obtido de <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>
- PORDATA, (2021). Obtido em <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Quintela, M. (2021). Envelhecimento Ativo. Obtido em 04 de Novembro de 2020, de In Website da Fundação Portuguesa de Cardiologia. Grupo de Intervenção Comunitária – Idosos da

- Fundação Portuguesa de Cardiologia. Obtido de <http://www.fpcardiologia.pt/envelhecimento-ativo-2/>
- Rede Social de Lagoa (2020). Diagnóstico Social do Concelho de Lagoa (2020).
- Rodrigues R. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 34, pp.1-5.
- Rocha, M. (2018). Envelhecer ativamente em centro de dia. Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal.
- Santos, S., Brandão G. & Araújo K. (2020). Isolamento social: um olhar a saúde mental de idosos durante a pandemia do COVID-19. *Research, Society and Development*,9 (7),1-15.
- Santos, A. (2021). Lazer virtual e a pessoa idosa na pandemia da COVID-19 no contexto da atenção primária à saúde: criatividades interventivas. *Journal Health NPEPS*, 6 (1), 1-5.
- SNS (Serviço Nacional de Saúde) (2021). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) - UCC D'Alagoa. Retirado de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50003/5080651/Pages/default.aspx>
- SNS24 (Serviço Nacional de Saúde 24) (2022). Guias da saúde - A solidão e o isolamento social. Obtido de <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em saúde* (2ª Edição ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, L. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Tese de Mestrado em Psicologia, Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Unidade de Saúde Pública do ACeS Barlavento da ARS Algarve, I.P. (2017). *Plano Local de Saúde Barlavento - Algarve 2017-2020*

ANEXOS

ANEXO I – Folha de rosto do questionário

Questionário

Nº _____

Olá eu sou a Jéssica Costa, enfermeira no serviço de Medicina 3C no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, em Portimão, mestranda na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora. E encontro-me a realizar este questionário no âmbito do Projeto “**Promoção da saúde no idoso com alterações cognitivas e motoras pós isolamento Covid-19**” com a finalidade de conhecer as necessidades específicas da população alvo estudada do Centro Sénior. Será mantido a confidencialidade e o anonimato pelo que agradeço a vossa colaboração. Posto isto, será entregue um consentimento informado a quem tem interesse em participar nos instrumentos de colheita de dados.

Bem haja pela sua atenção e colaboração !!!

Sexo M **Intervalo Etário** 65-69 70-75 76-85

Estado Civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Separado (a)

Viúvo (a)

Se apresenta patologia anterior à pandemia Covid -19 diga qual é:

Cognitiva - Doença de Alzheimer

- Demência Vasculiar

- Doença de Parkinson

- Outra: _____

Motora - Claudicação

- Paraplegia

- Sequelas Cirurgia a nível ósseo

- Outra: _____

ANEXO II - Escala Mini Mental

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

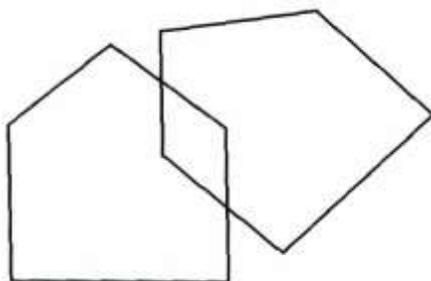
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO III - Escala de Barthel

Escala de Barthel

<p>ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado</p> <p>5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada</p> <p>10 = independente</p>	
<p>BANHO 0 = dependente</p> <p>5 = independente (ou no chuveiro)</p>	
<p>ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal</p> <p>5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear</p>	
<p>VESTIR-SE 0 = dependente</p> <p>5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho</p> <p>10 = independente (incluindo botões, zipers, laços, etc.)</p>	
<p>INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas)</p> <p>5 = acidente ocasional</p> <p>10 = continente</p>	
<p>SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional</p> <p>10 = continente</p>	

<p>USO DO TOILET</p> <p>0 = dependente</p> <p>5 = precisa de alguma ajuda parcial</p> <p>10 = independente (pentear-se, limpar-se)</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</p> <p>0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado</p> <p>5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar</p> <p>10 = pouca ajuda (verbal ou física)</p> <p>15 = independente</p>	
<p>MOBILIDADE (EM SUPERFICIES PLANAS)</p> <p>0 = imóvel ou < 50 metros</p> <p>5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros</p> <p>10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros</p> <p>15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros</p>	
<p>ESCADAS</p> <p>0 = incapacitado</p> <p>5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado)</p> <p>10 = independente</p>	

PONTUAÇÃO TOTAL (0–100):

Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

ANEXO IV: Escala da Solidão

Escala da Solidão – UCLA Daniel Russell
Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

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

Itens excluídos (3,6,14,20)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma

Atividades Realizadas	Datas																	
	2021							2022										
	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Diagnóstico da Situação	■	■		■	■													
Determinação de Prioridades		■		■	■													
Definição de Objetivos				■	■													
Seleção de Estratégias				■	■													
Preparação Operacional				■	■													
Reuniões com os <i>Stakeholders</i> do Projeto					■	■												
Questionários						■												
Atividade 1						■												
Atividade 2							■											
Monitorização do Projeto						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação Final									■									

APÊNDICE II: Consentimento Informado para os participantes

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia⁵ e a Convenção de Oviedo⁶

Título do Projeto: “Promoção da saúde no idoso com alterações cognitivas e motoras pós isolamento Covid-19”.

Eu Jéssica Catarina Pereira Costa, enfermeira a desempenhar funções no serviço de Medicina 3C no Centro Hospitalar Universitário do Algarve, em Portimão, mestranda na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus em Évora, encontro-me neste momento a desenvolver um diagnóstico de situação de saúde na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] âmbito do primeiro estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública sob a orientação da Professora Doutora Ana Canhestro e supervisão da [REDACTED] Especialista em Enfermagem Comunitária e Coordenadora d [REDACTED]

A aplicação dos presentes questionários tem como objetivo aferir as necessidades da comunidade do Centro Sénior [REDACTED] no âmbito das alterações cognitivas e motoras que possam ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia e atuar minimizando esse impacto. Para entender que alterações foram potenciadas criou-se três questionários. Os questionários utilizados são constituídos por questões de resposta fechada, devendo colocar um círculo (o) no caso do questionário da escala de Barthel e Solidão no caso do questionário da escala do Mini Mental apresenta um resposta escrita rápida e a criação de uma desenho.

É necessário que se responda a todas as questões de modo a se poder validar. Nos dados recolhidos vão ser mantidos a confidencialidade e o anonimato da população alvo que participar no projeto.

A participação da pessoa estudada é voluntária permitindo que a pessoa estudada possa recusar-se a participar no projeto de intervenção comunitária.

Solicito que não escreva o seu nome ou outra informação que o identifique em qualquer folha dos questionários que lhe serão fornecidos.

Muito obrigada pela participação neste projeto

Jéssica Catarina Pereira Costa

Orientador: Professora Doutora Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Supervisor: Enfermeira Mestre Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]

⁵ https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf

⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Assinatura/s:
.....
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p>
NOME:
BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
ASSINATURA

APÊNDICE III - Resumo do artigo científico

RESUMO

Introdução: Com a situação sanitária que atravessamos atualmente, resultado da pandemia Covid-19, os idosos foram obrigados a isolar-se no domicílio devido à sua saúde mais debilitada / antecedentes de saúde que apresentam e aos riscos associados a uma idade mais avançada, sendo previsível que muitas das funções cognitivas e motoras tenham ficado mais deterioradas com a pandemia. **Objetivo:** conhecer as alterações cognitivas e motoras que podem ter sido potenciadas pelo isolamento provocado pela pandemia. **Métodos:** Este artigo é uma Scoping Review. Na primeira fase, realizou-se uma pesquisa na MEDLINE e CINAHL utilizando as palavras-chave definidas, seguidas do título e resumo. Na segunda fase a pesquisa foi mais ampla, utilizou-se as palavras-chave e termos de pesquisa em bases de dados como a ESBCO. Na terceira fase foram considerados novos estudos através das pesquisas bibliográficas dos estudos incluídos. No artigo incluiu-se os estudos quantitativos, qualitativos e revisões sistemáticas da literatura. **Resultados:** De acordo com os estudos analisados, deparou-se que o isolamento social potenciado pela pandemia Covid-19 provocou alterações cognitivas e motoras nas pessoas idosas tais como a depressão, o stress e alterações na mobilidade como por exemplo a caminhada.

Conclusão: Conclui-se que houve alterações cognitivas e motoras potenciadas pelo isolamento da Covid-19 contribuindo para a degradação mental e física da pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso, Isolamento e Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: With the health situation we are currently experiencing, as a result of the Covid-19 pandemic, the elderly were forced to isolate themselves from home due to their poorer health / health history they present and the risks associated with a more advanced age, it is predictable that many of the cognitive and motor functions have been further deteriorated with a pandemic. **Objective:** to know the cognitive and motor changes that may have been enhanced by the isolation caused by the pandemic. **Methods:** This article is a Scope Review. In the first phase, a search was made in MEDLINE and CINAHL using the defined keywords, followed by the title and abstract. In the second phase, a research was broader, used as keywords and search terms in databases such as an ESBCO. In the third phase, new studies were considered through bibliographic research of the included studies. The article included quantitative and qualitative studies and systematic literature reviews. **Results:** According to sports studies, it was found that the social isolation boosted by the Covid-19 pandemic caused cognitive and motor changes in elderly people such as depression, stress and changes in mobility such as walking.

Conclusion: It is concluded that there were cognitive and motor changes enhanced by the isolation of Covid -19, contributing to the mental and physical degradation of the elderly.

Keywords: In old age; Social Isolation; Covid-19.

APÊNDICE IV – Gráficos Representativos dos Dados Recolhidos

Centro Sênior A

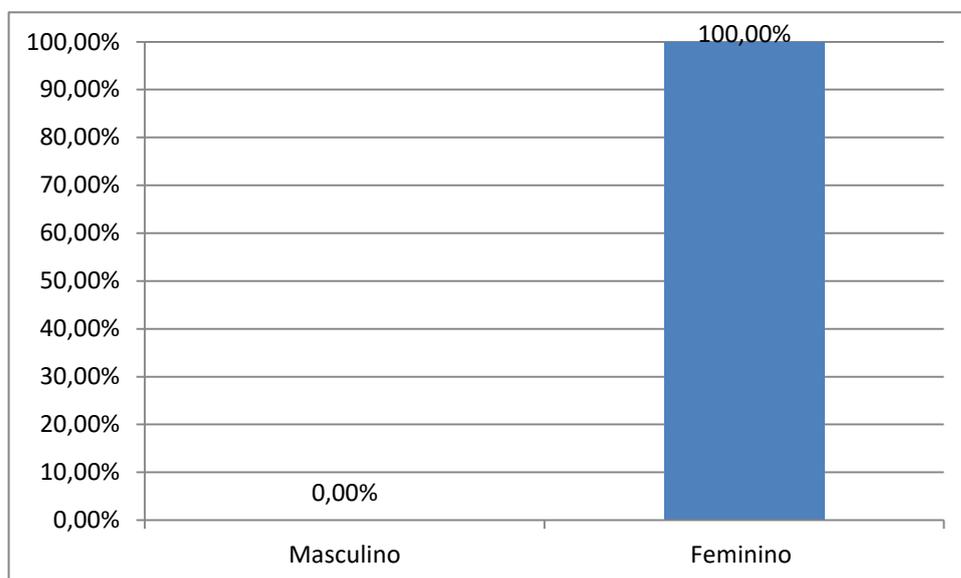


Gráfico 1 - Sexo

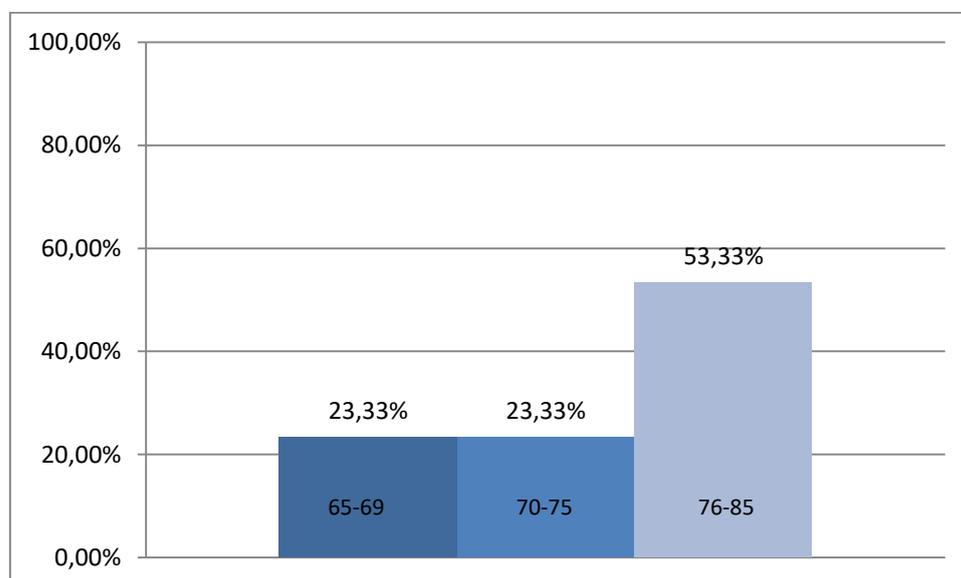


Gráfico 2 - Intervalo Etário

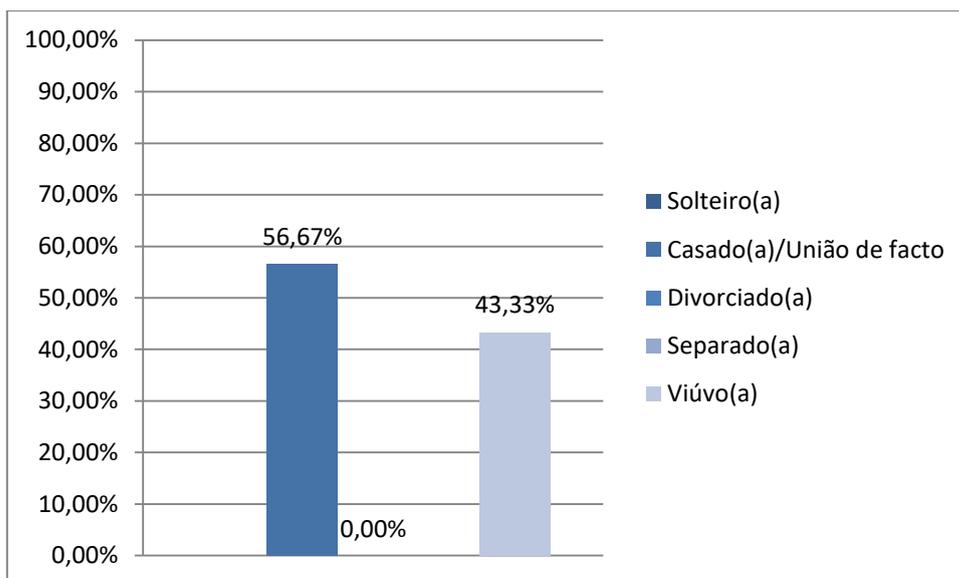


Gráfico 3 - Estado Civil

Centro Sénior B

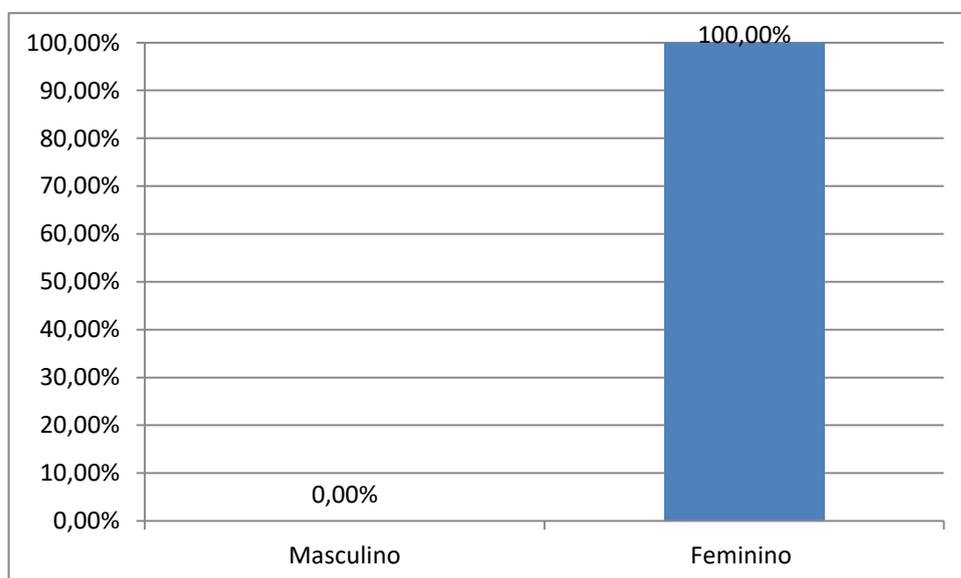


Gráfico 1 - Sexo

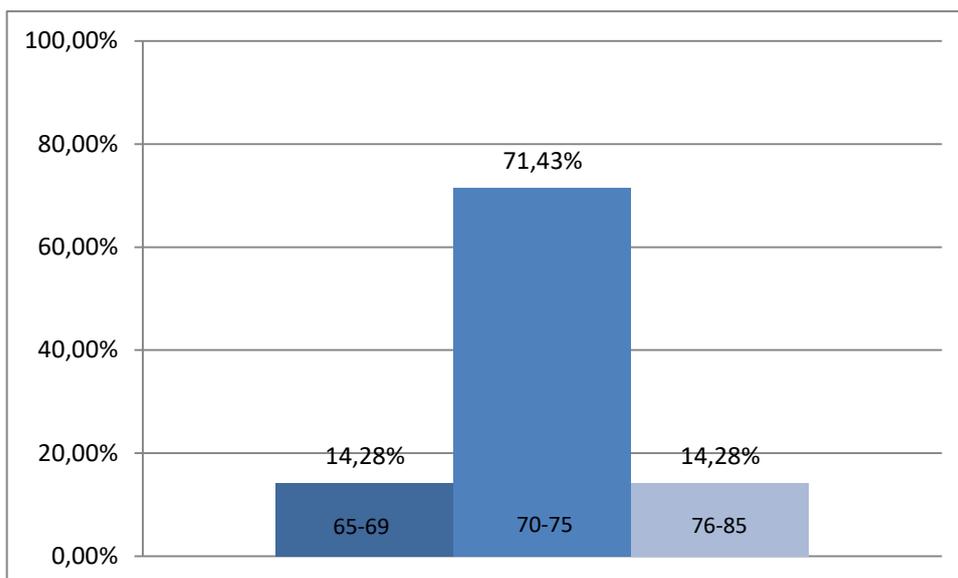


Gráfico 2 - Intervalo Etário

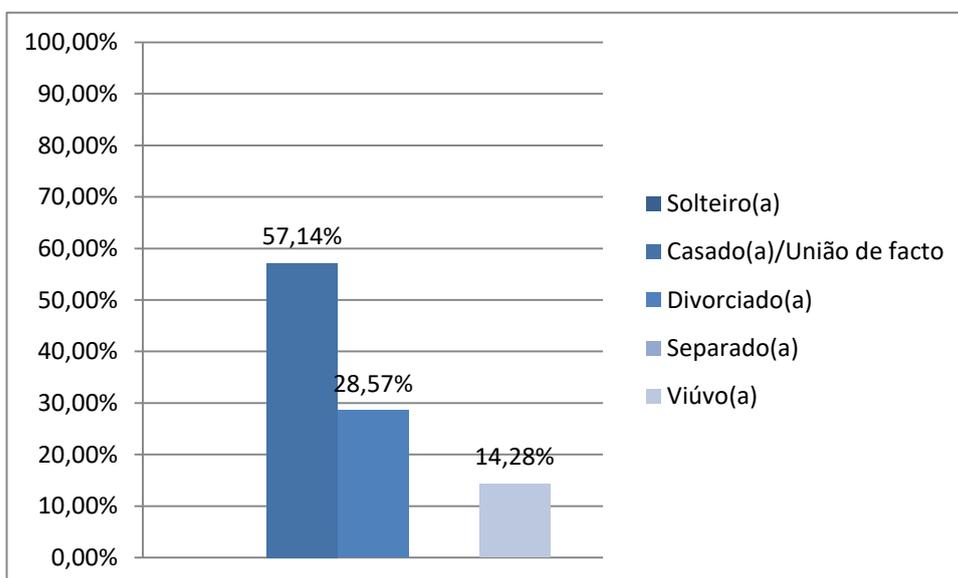


Gráfico 3 - Estado Civil

Centro Sénior A

Mini Mental State Examination (MMSE)

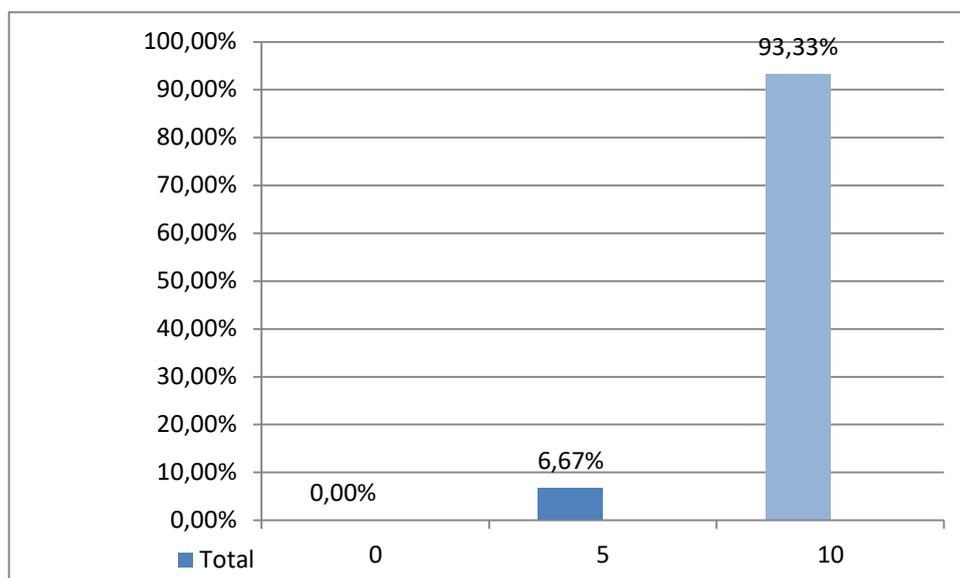


Gráfico 1 - Orientação

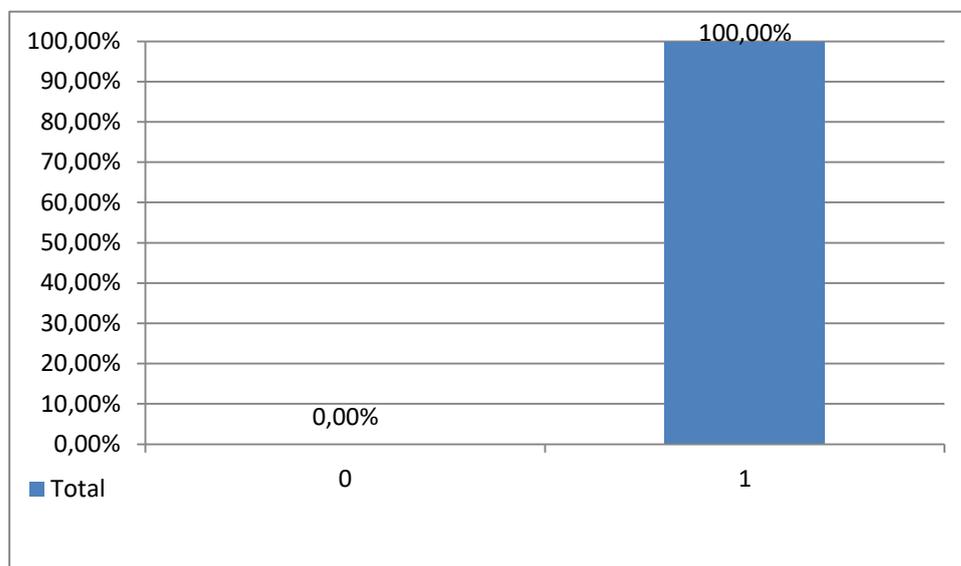


Gráfico 2 - Retenção

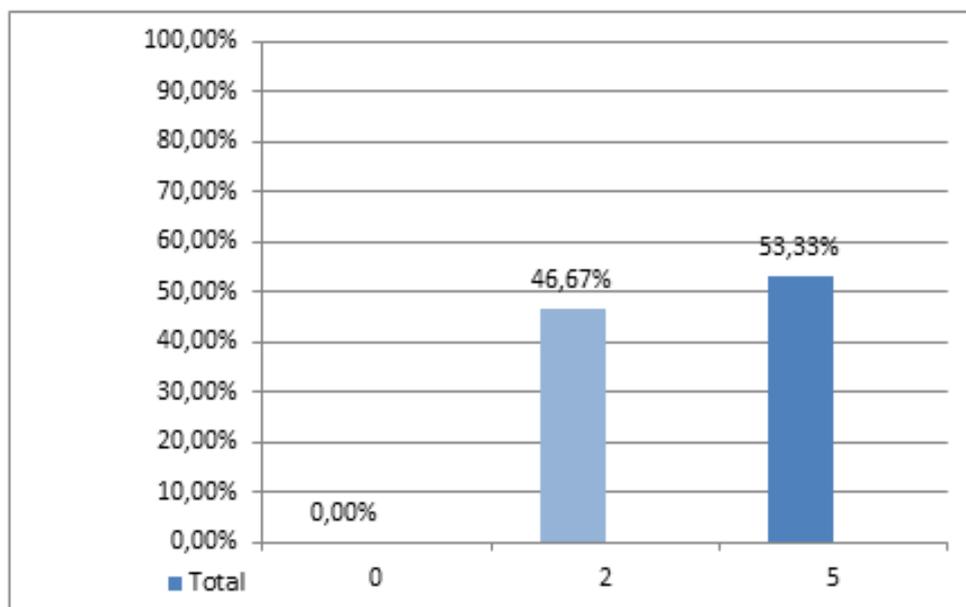


Gráfico 3 - Atenção e cálculo

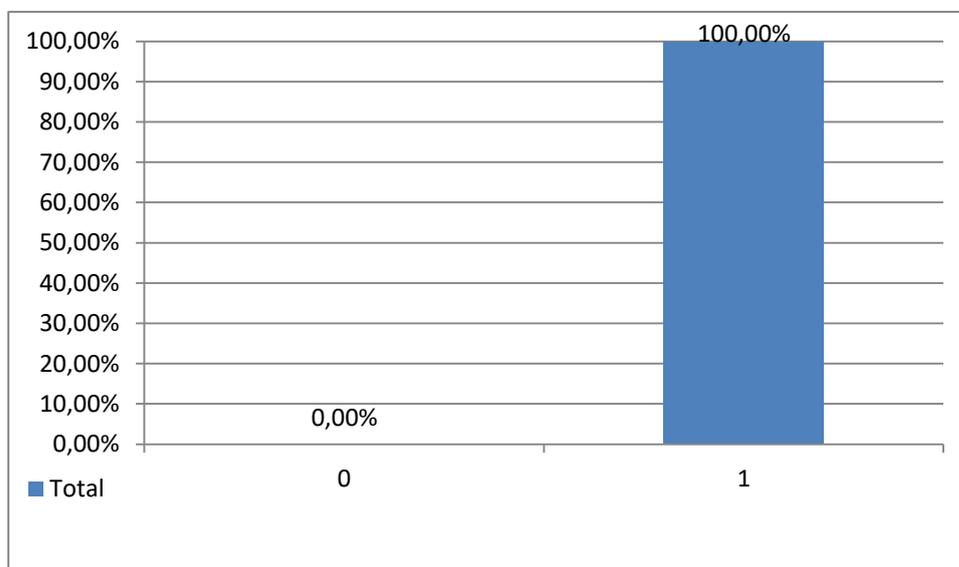


Gráfico 4 - Evocação

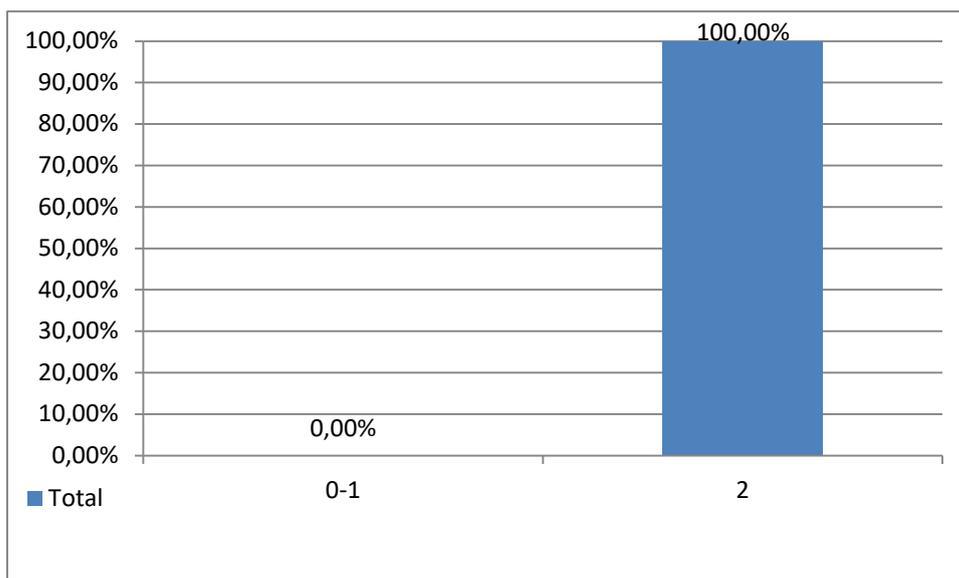


Gráfico 5 - Linguagem resposta a)

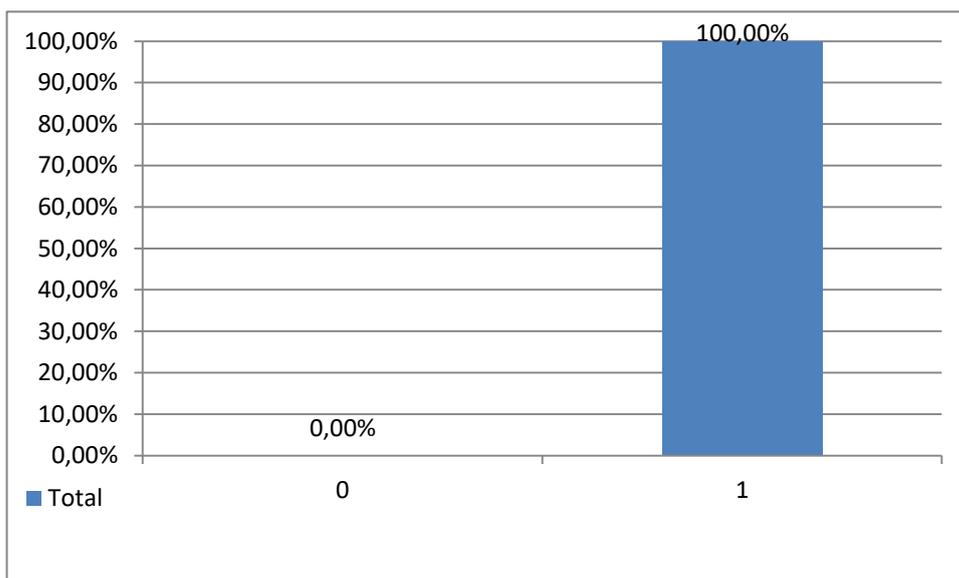


Gráfico 6 - Linguagem resposta b)

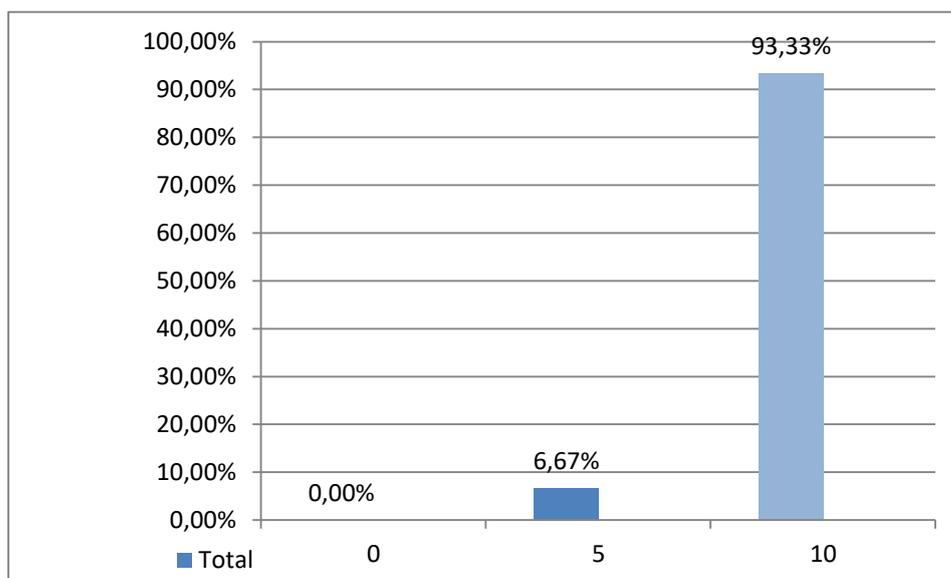


Gráfico 7 - Linguagem resposta c)

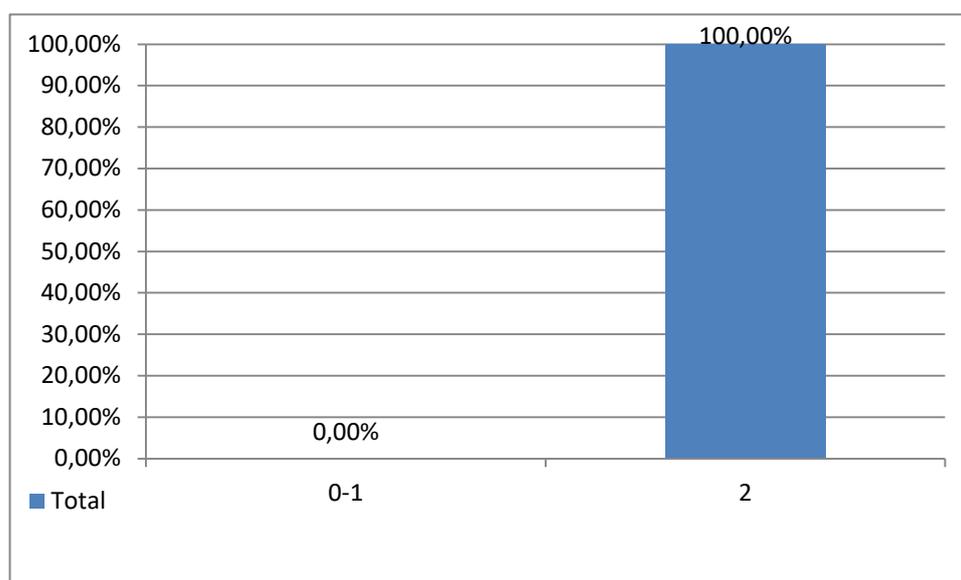


Gráfico 8 - Linguagem resposta d)

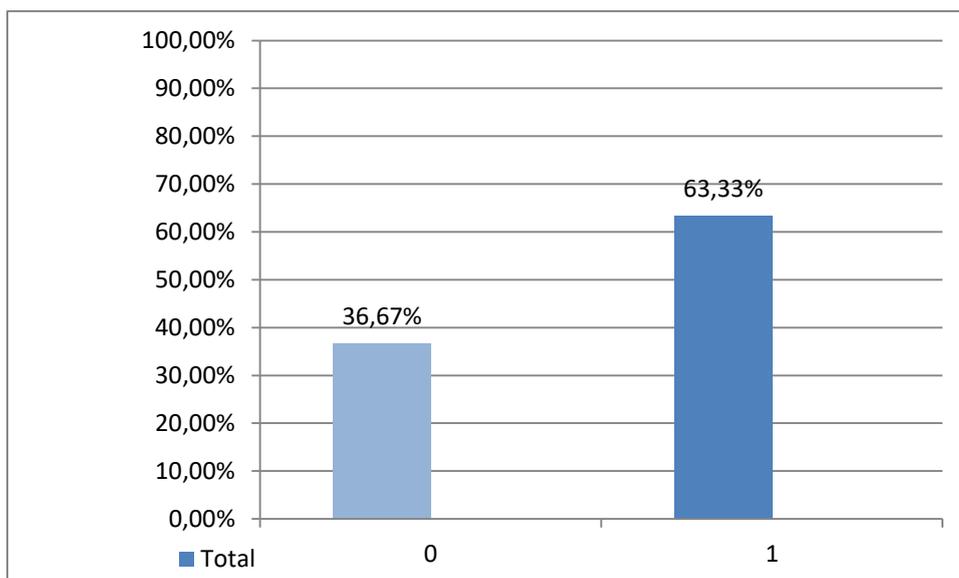


Gráfico 9 - Linguagem resposta e)

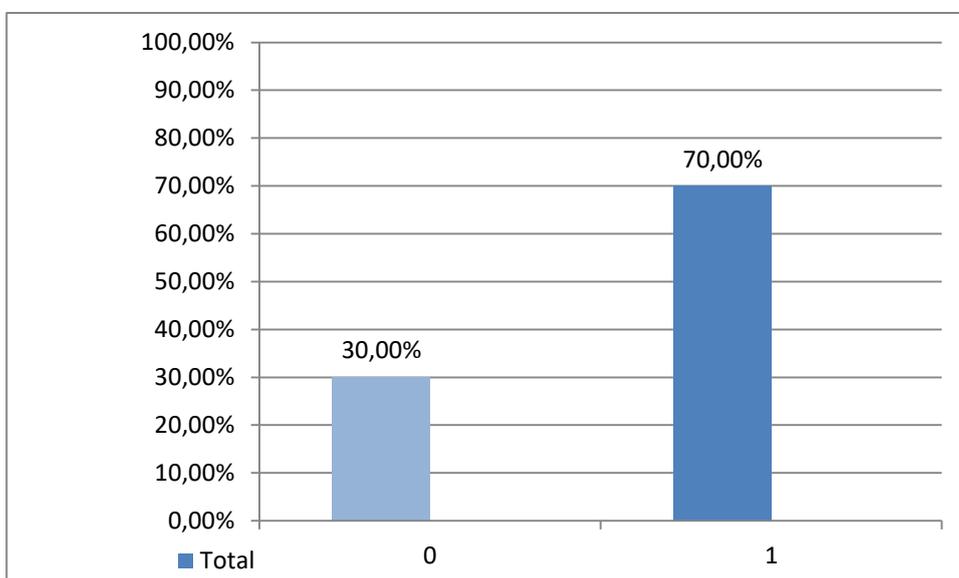


Gráfico 10 - Habilidade Construtiva

Escala de Barthel

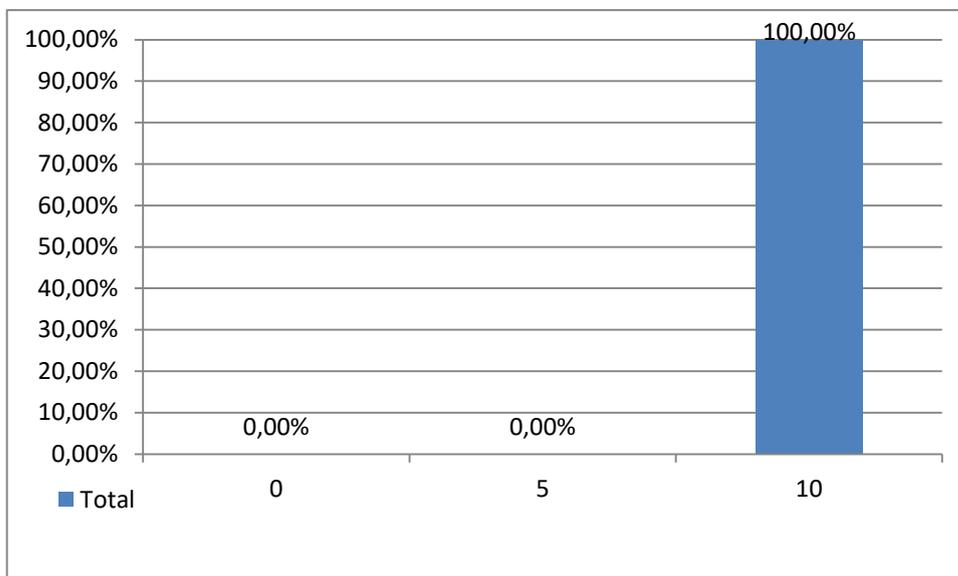


Gráfico 1 - Atividade Alimentação

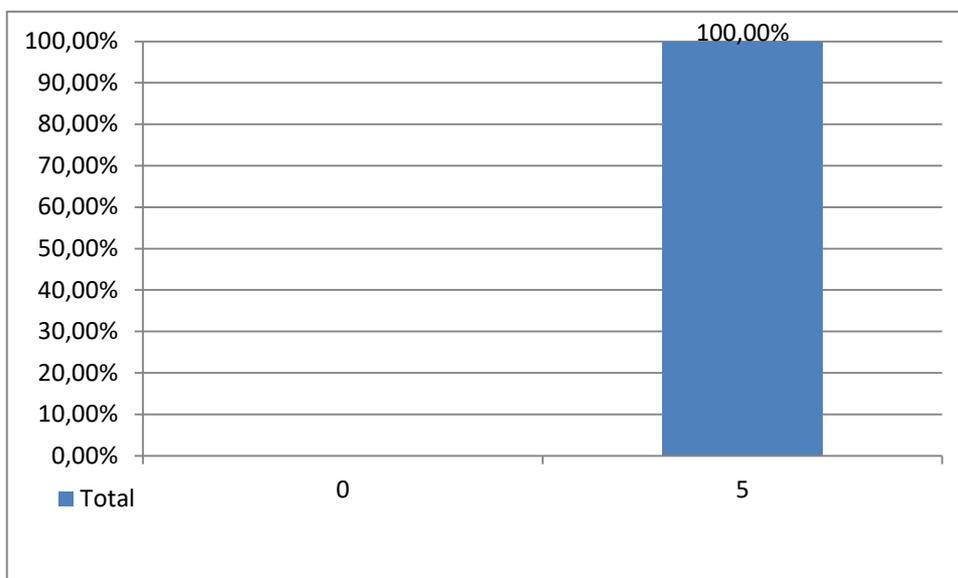


Gráfico 2 - Atividade Banho

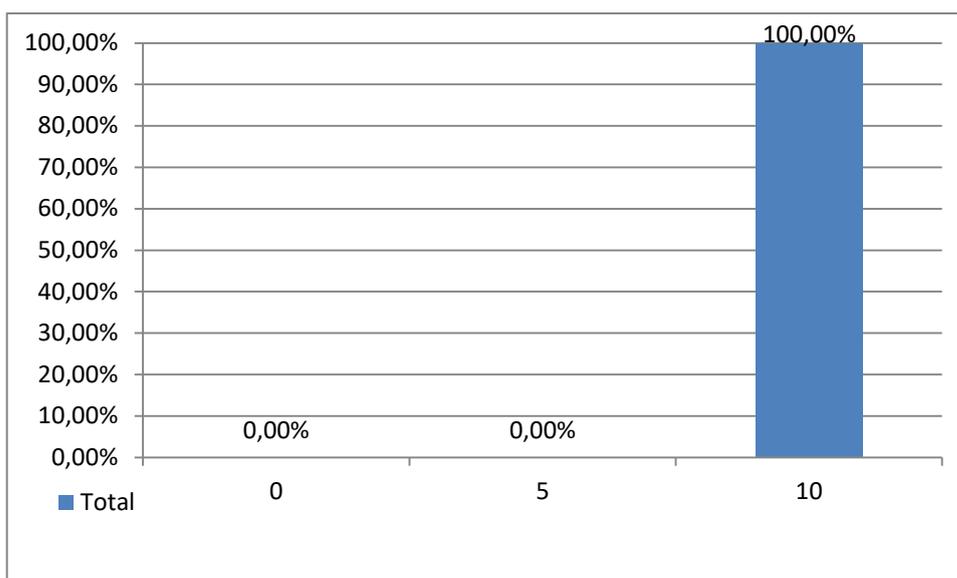


Gráfico 3 - Atividade Vestir-se

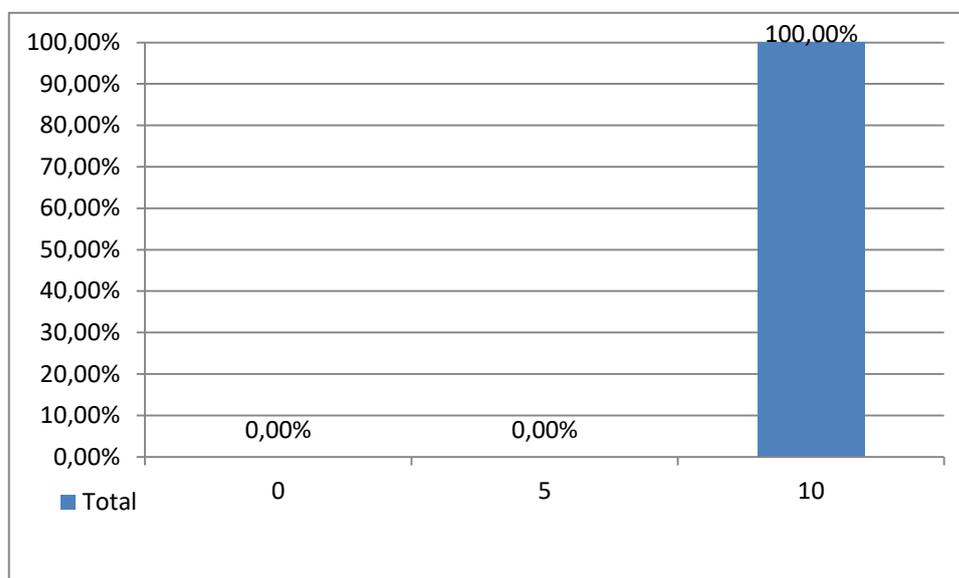


Gráfico 4 - Atividade Intestino

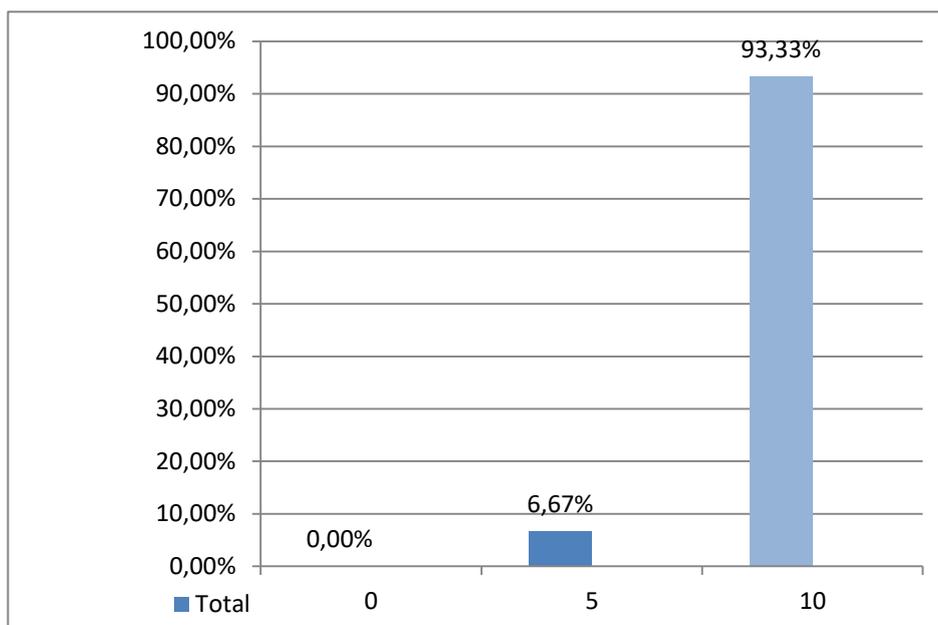


Gráfico 5 - Atividade Sistema Urinário

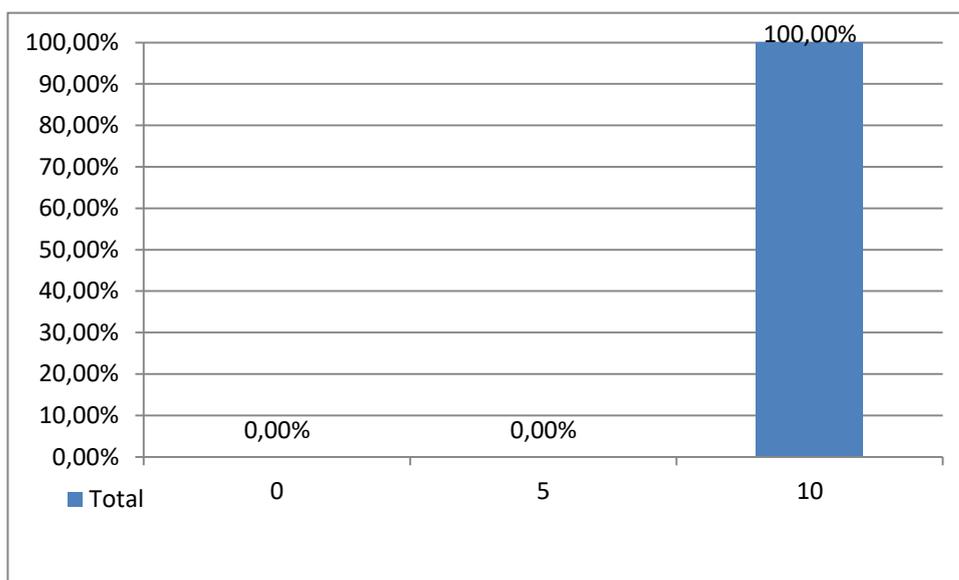


Gráfico 6 - Atividade Uso do toilet

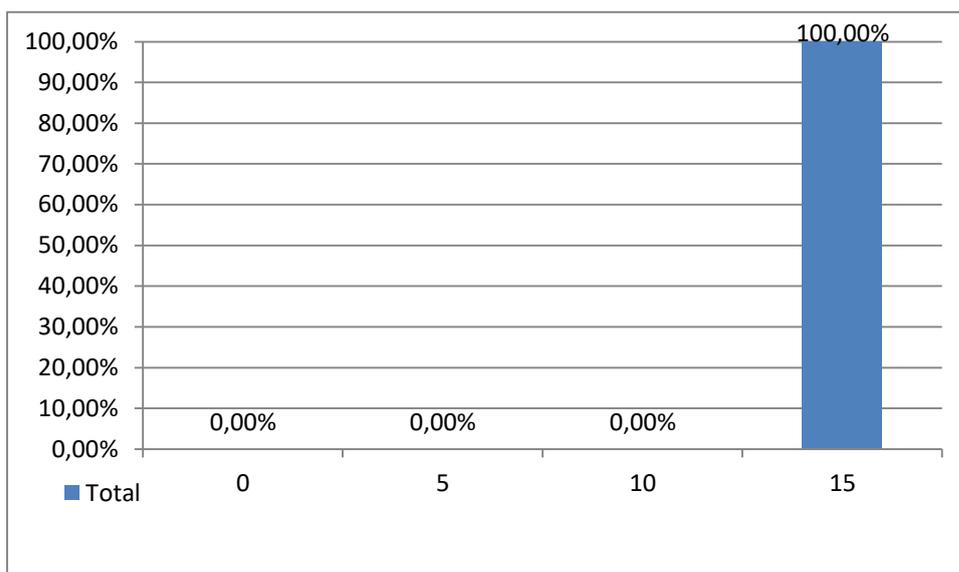


Gráfico 7- Atividade Transferência da Cama para a Cadeira

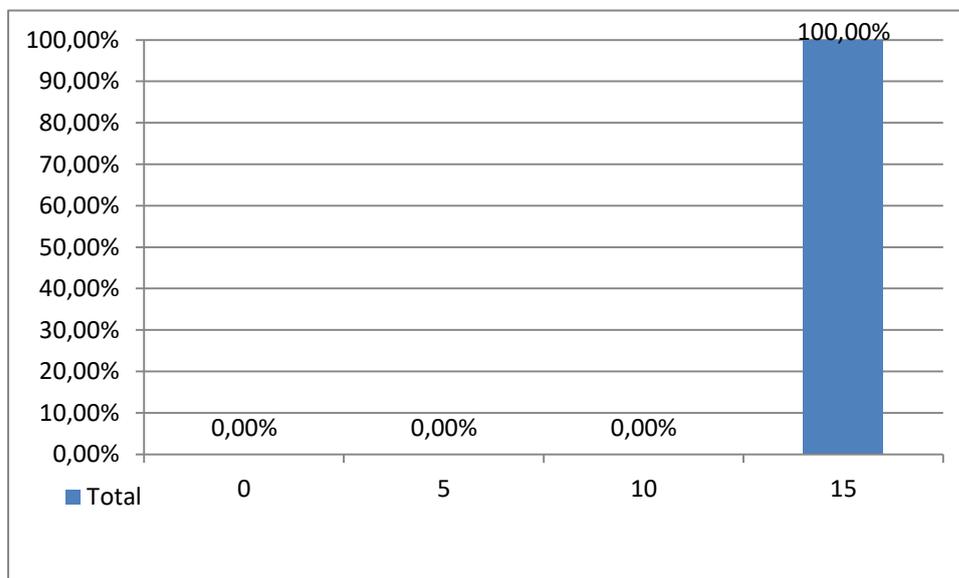


Gráfico 8 - Atividade Mobilidade em Superfícies Planas

Escala Solidão – UCLA Daniel Russell

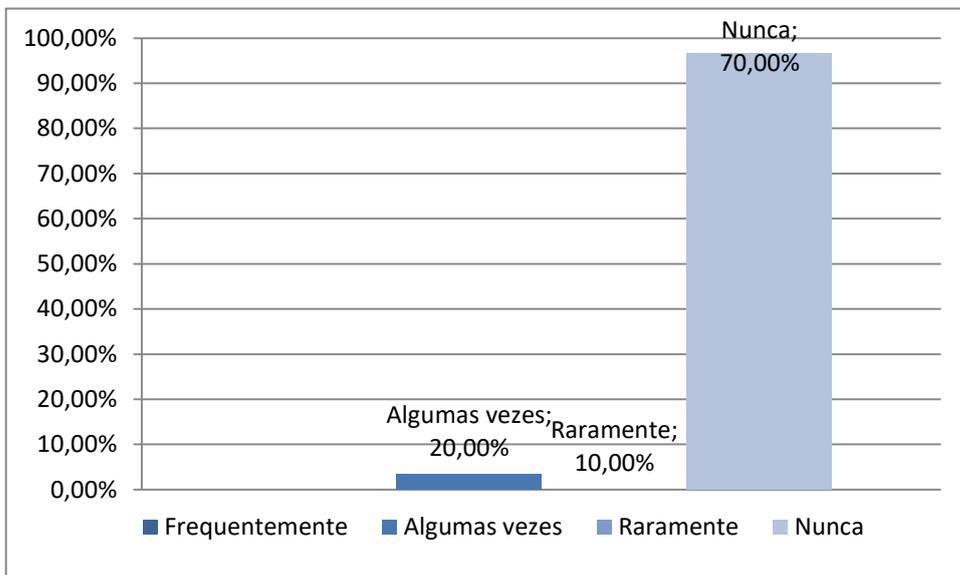


Gráfico 1 - Respostas à pergunta 1 “ Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?”

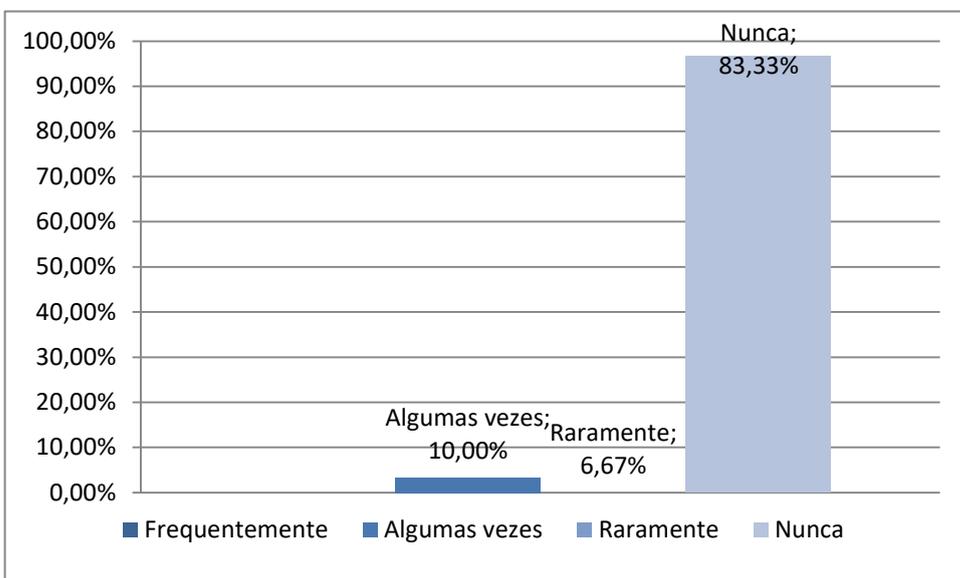


Gráfico 2 - Respostas à pergunta 2 “ Sente que não tem alguém com quem falar?”

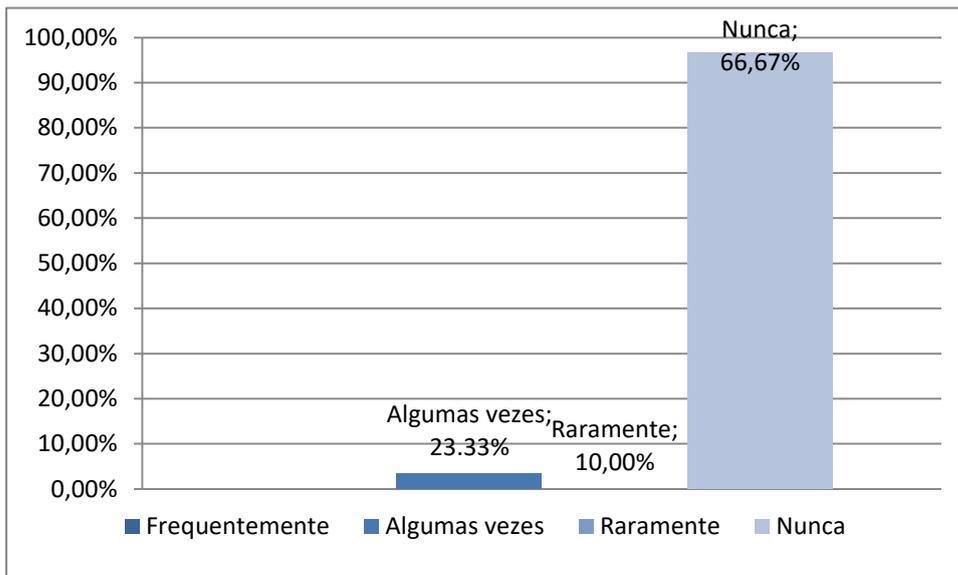


Gráfico 3 - Respostas à pergunta 4 " Sente que tem falta de companhia?"

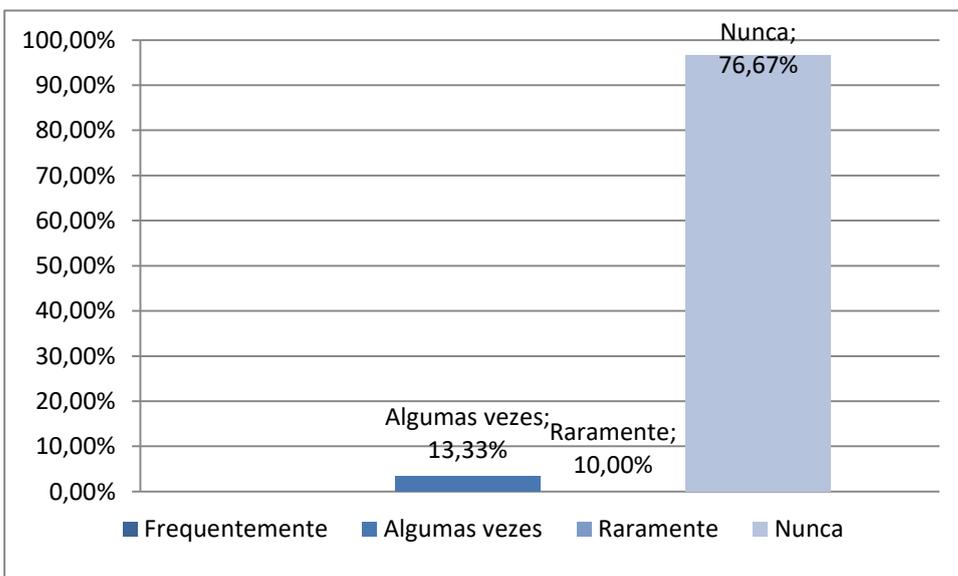


Gráfico 4 - Respostas à pergunta 5 " Sente -se como se realmente ninguém o compreendesse?"

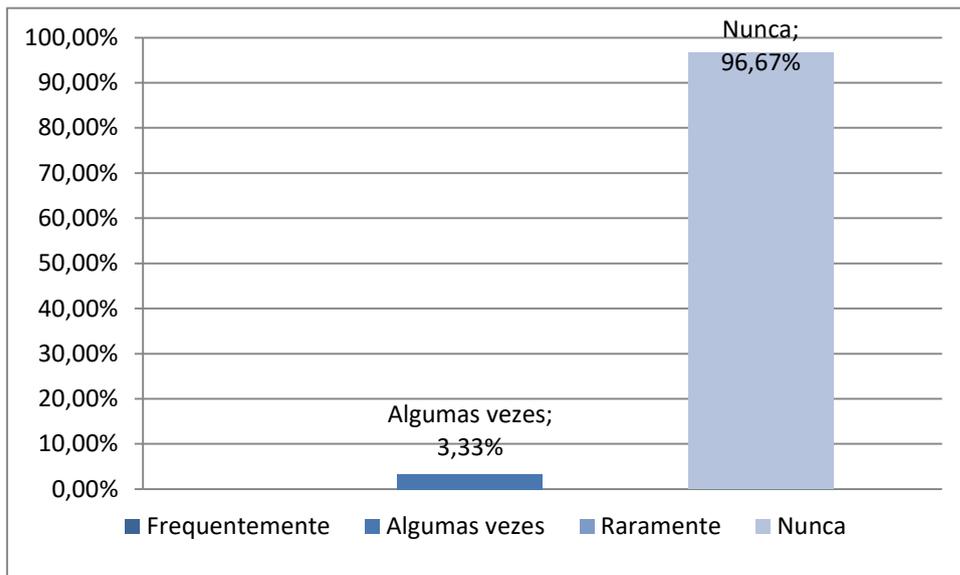


Gráfico 5 - Resposta à pergunta 7 “Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer?”

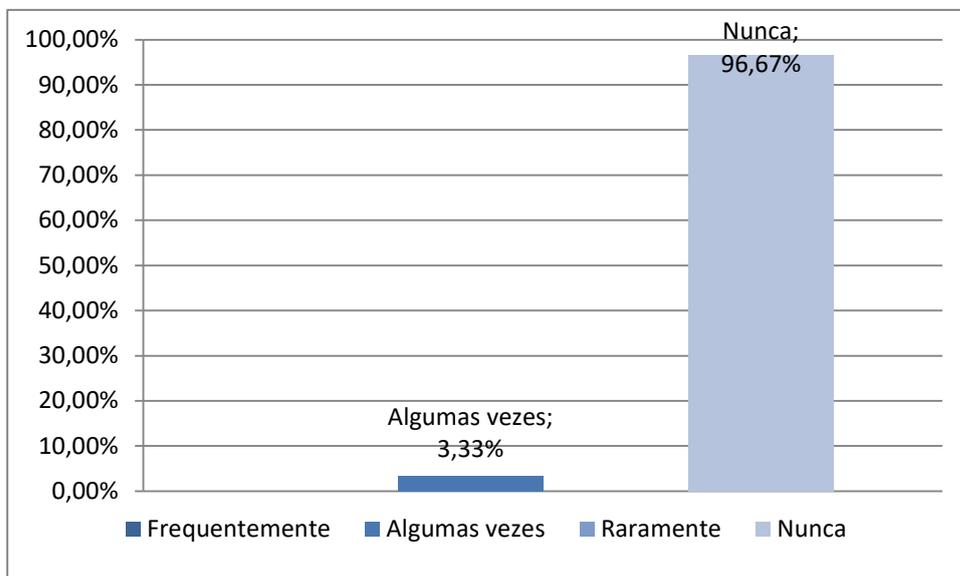


Gráfico 6 - Resposta à pergunta 8 “Não se sente íntimo de qualquer pessoa?”

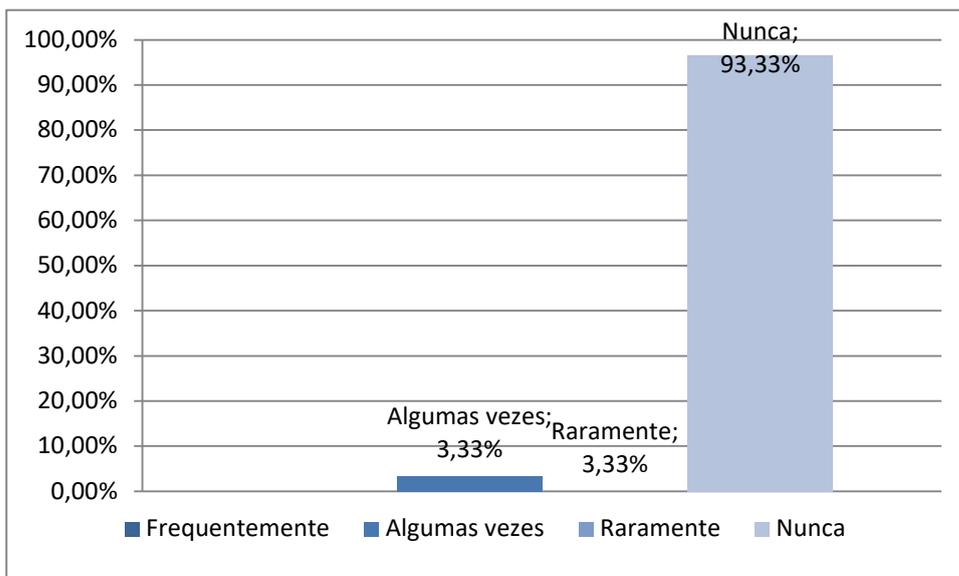


Gráfico 7 - Resposta à pergunta 9 “Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses?”

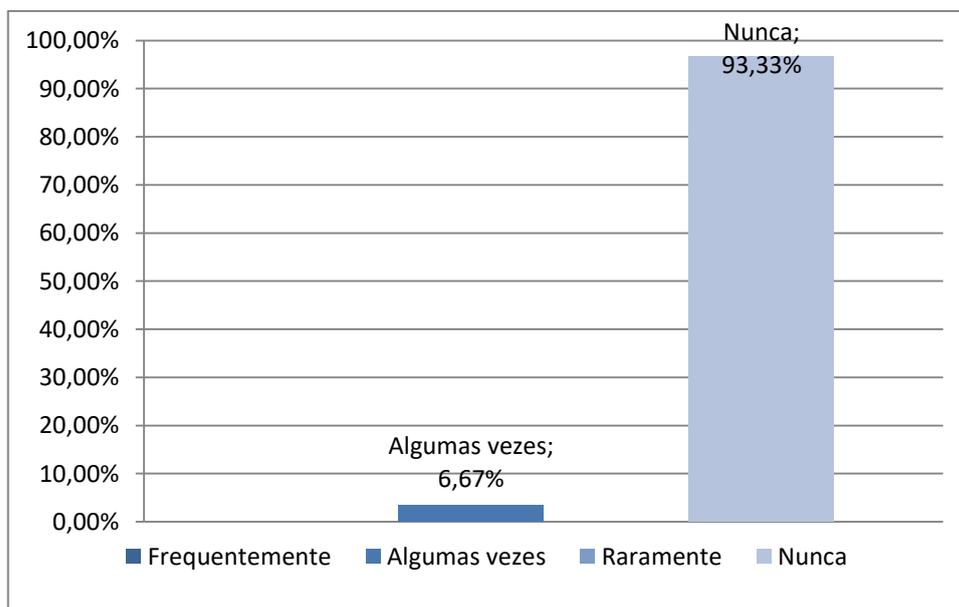


Gráfico 8 - Resposta à pergunta 10 “ Sente-se abandonado?”

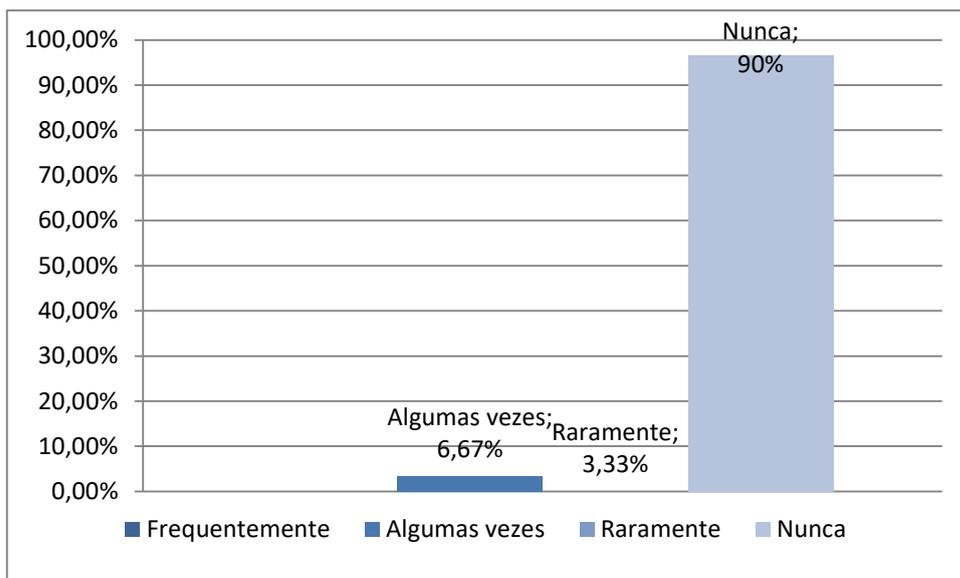


Gráfico 9 - Resposta à pergunta 11 “Sente-se completamente só?”

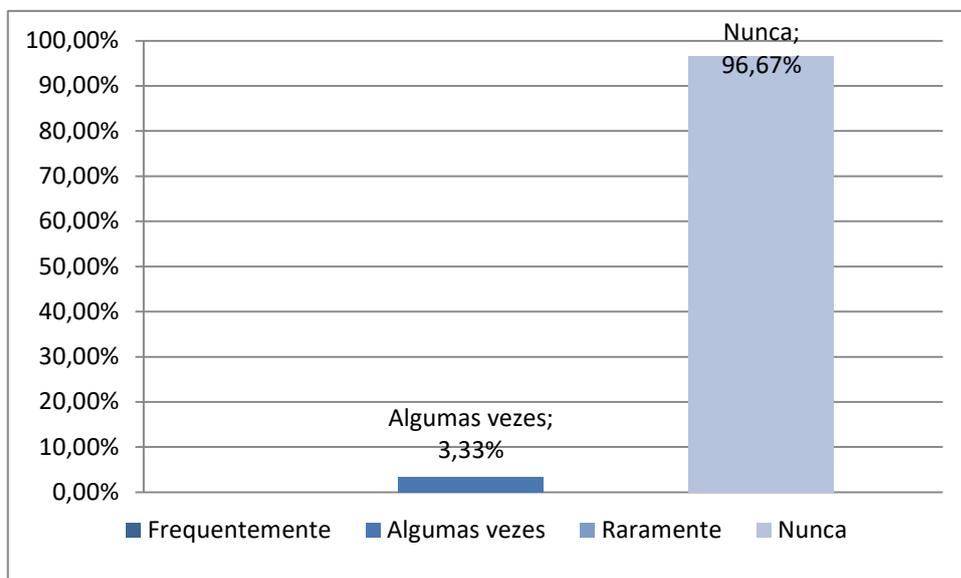


Gráfico 10 - Resposta à pergunta 12 “ É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que rodeiam ?”

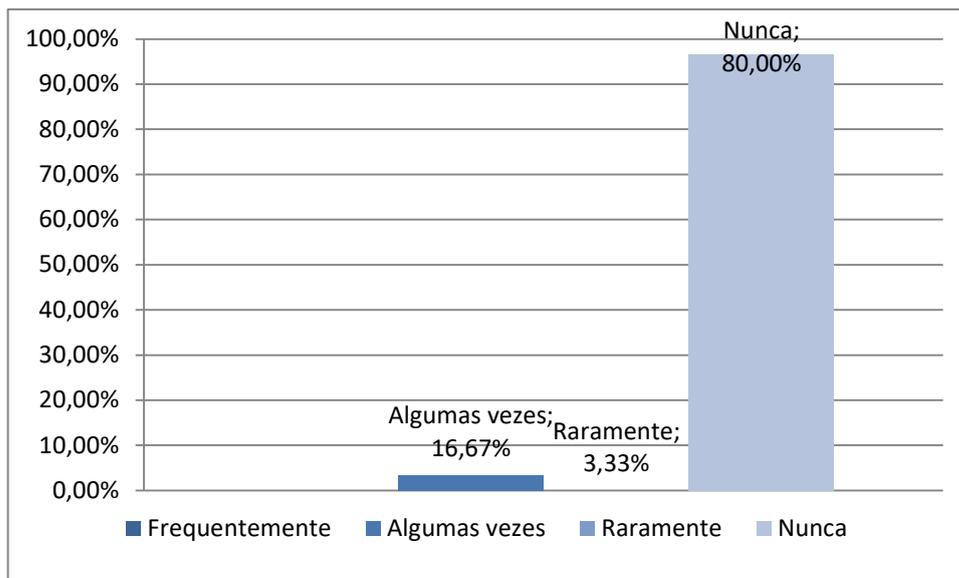


Gráfico 11- Resposta à pergunta 13 " As suas relações são superficiais?"

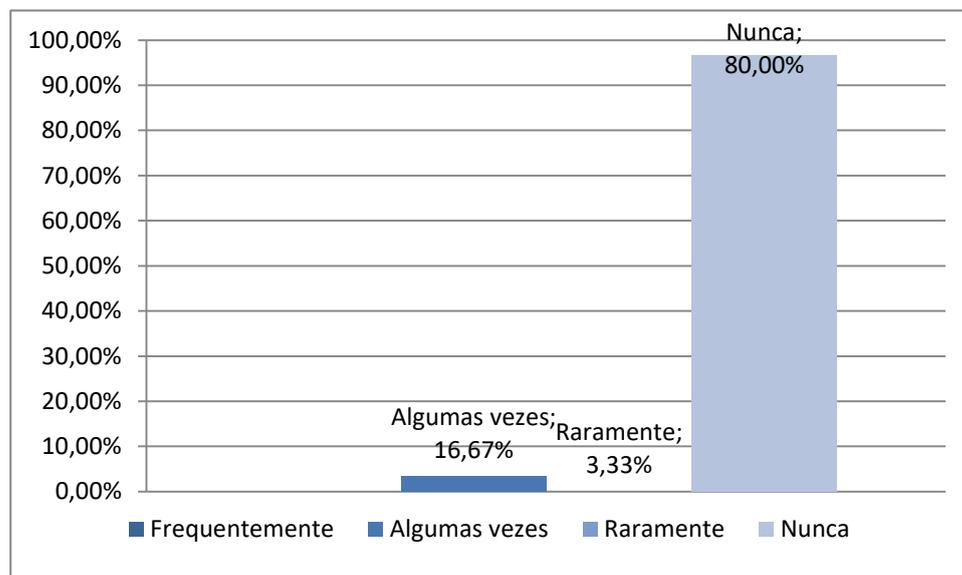


Gráfico 12 - Resposta à pergunta 15 "Considera que na realidade ninguém o conhece bem?"

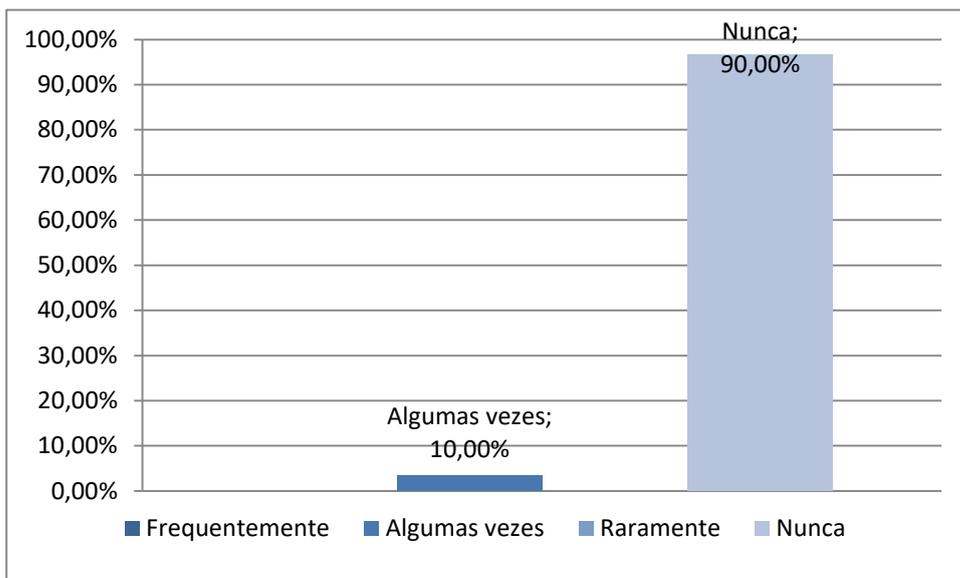


Gráfico 13 - Resposta à pergunta 16 "Sente-se isolado das outras pessoas?"

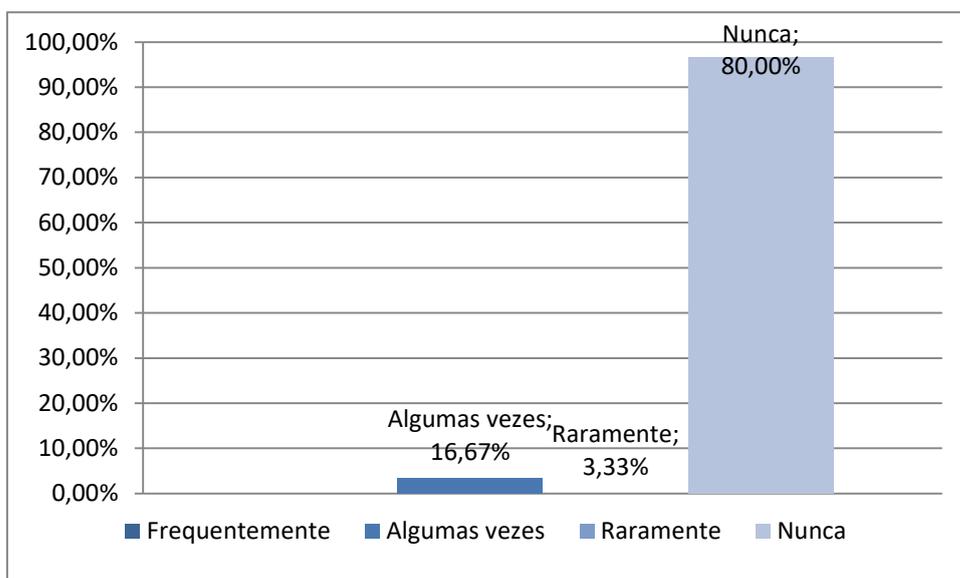


Gráfico 14 - Resposta à pergunta 17 " Sente-se infeliz de estar afastado dos outros?"

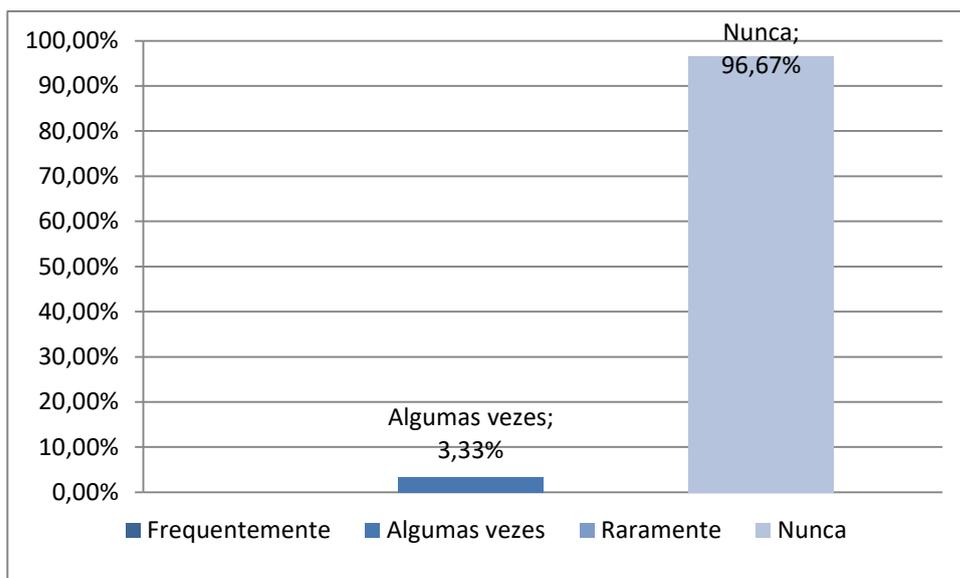


Gráfico 15 - Resposta à pergunta 18 "É difícil fazer amigos?"

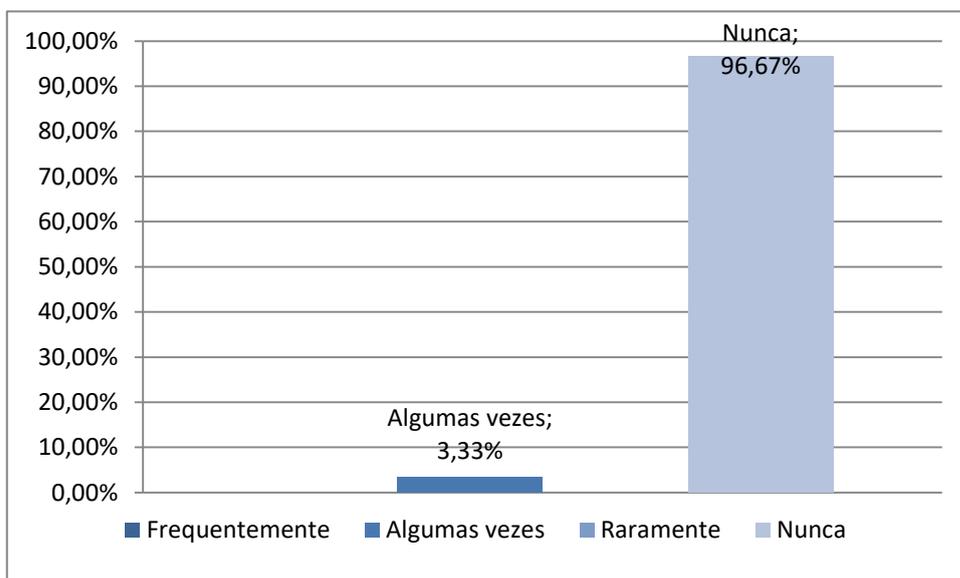


Gráfico 16 - Resposta à pergunta 19 "Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas?"

Centro Sênior B

Mini Mental State Examination (MMSE)

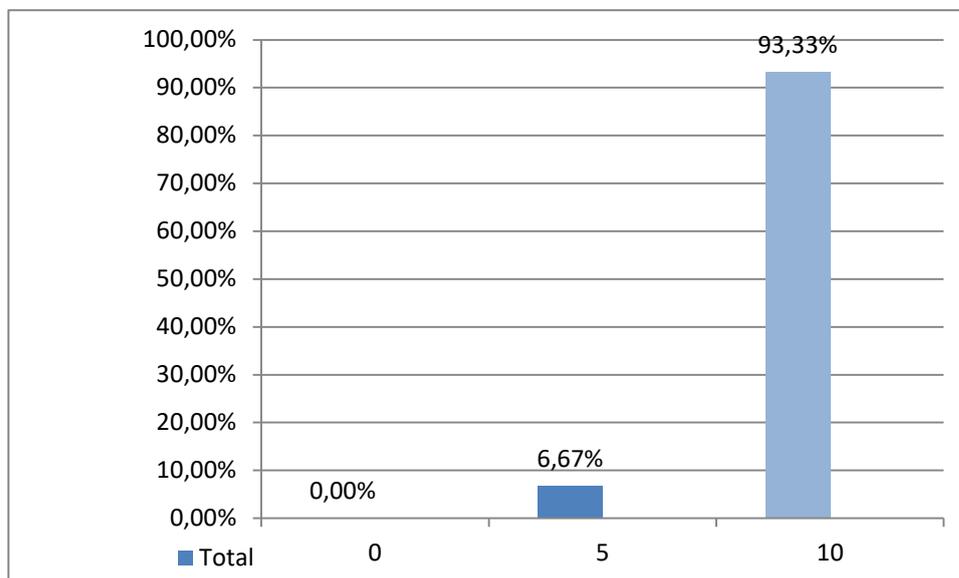


Gráfico 1 - Orientação

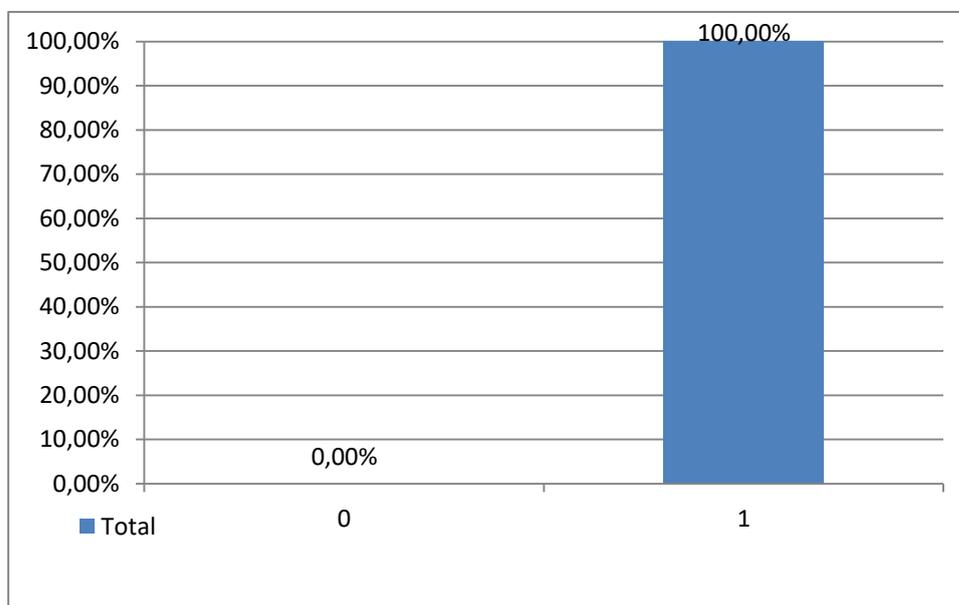


Gráfico 2 - Retenção

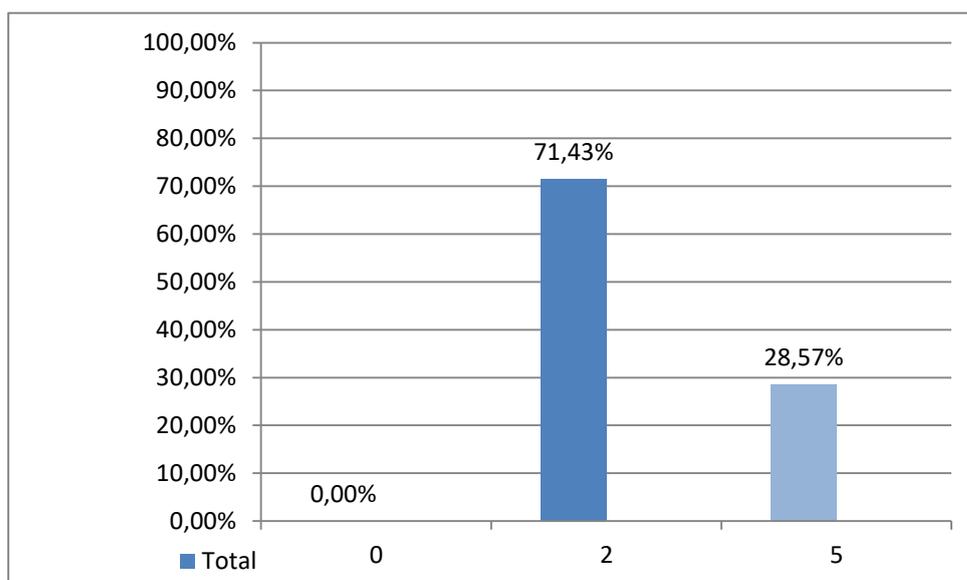


Gráfico 3 - Atenção e Cálculo

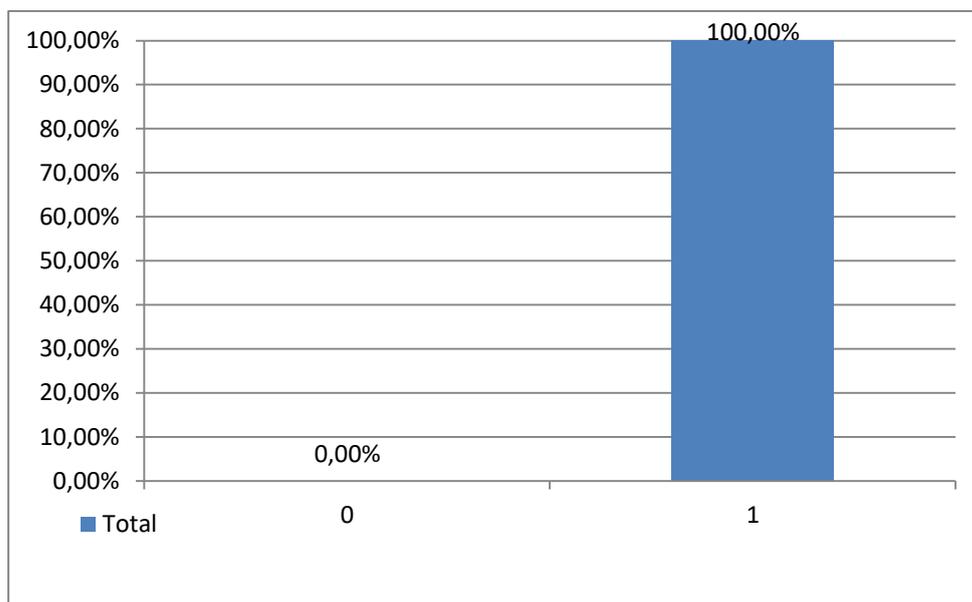


Gráfico 4 - Evocação

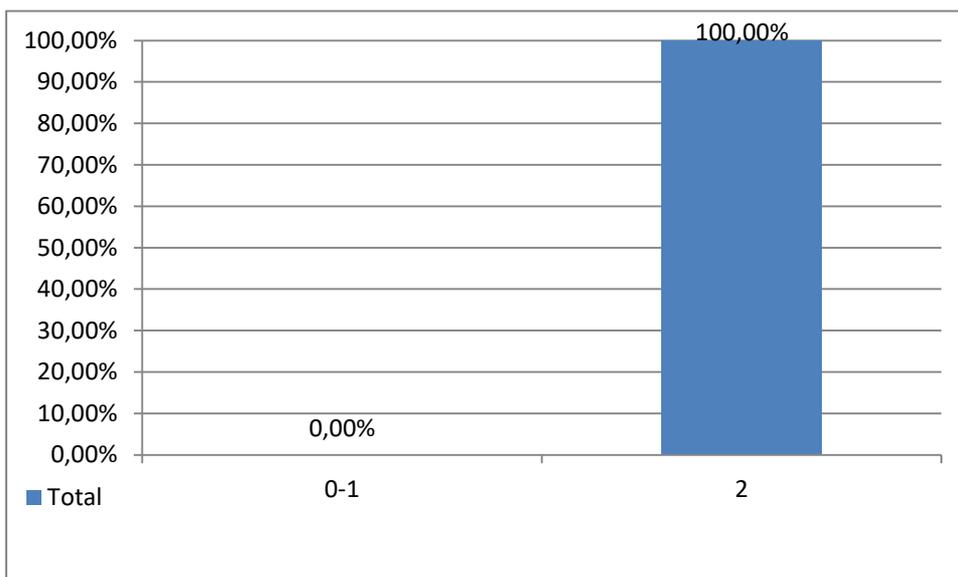


Gráfico 5 – Linguagem resposta a)

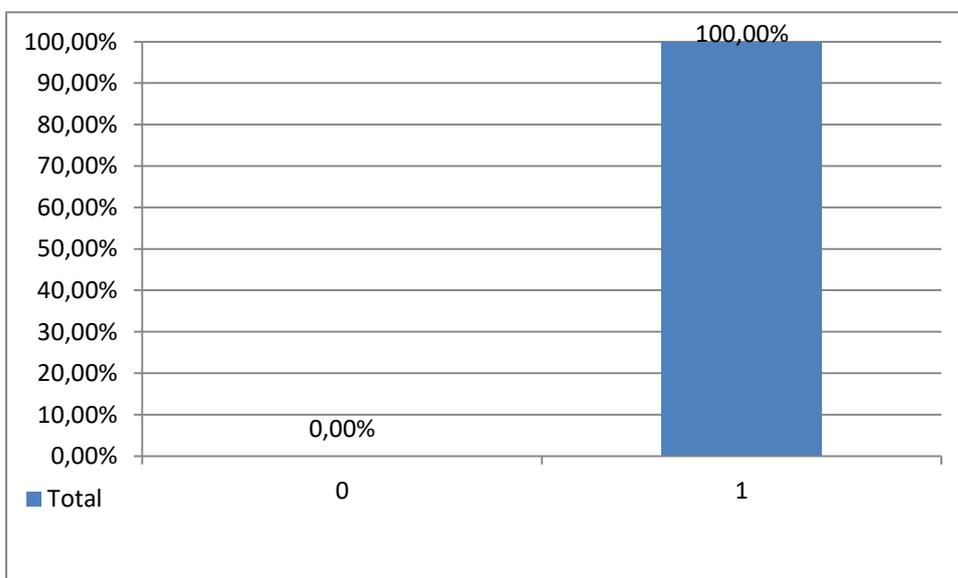


Gráfico 6 - Linguagem resposta b)

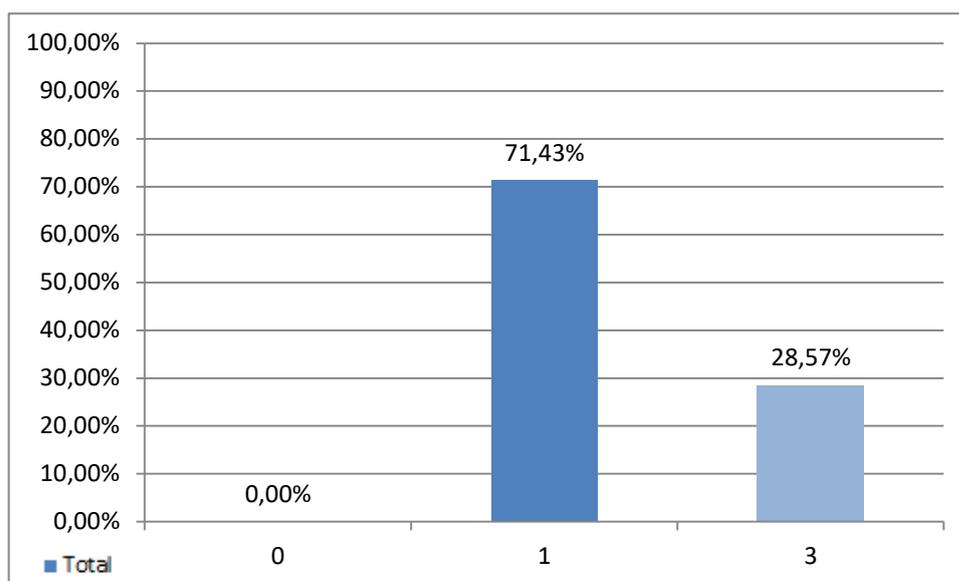


Gráfico 7 - Linguagem resposta c)

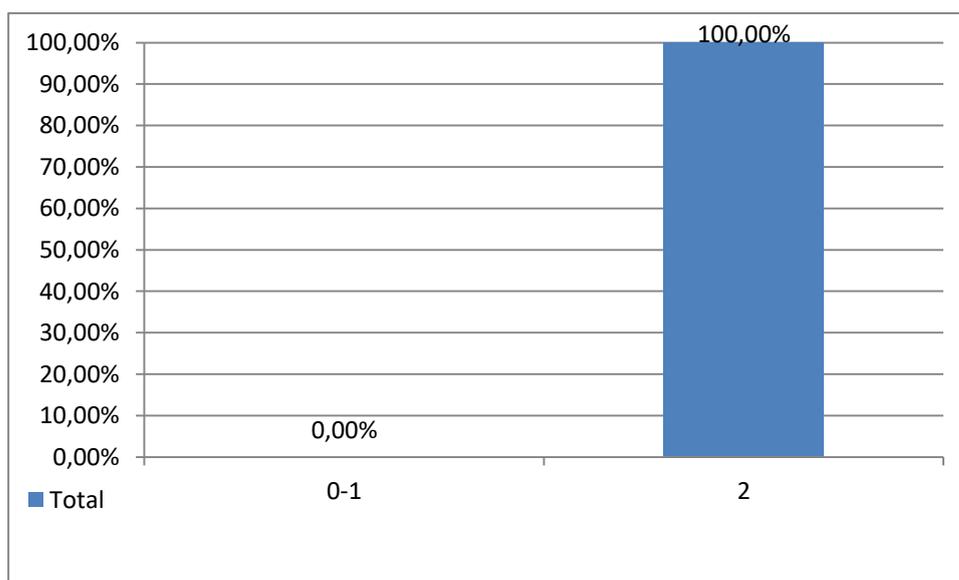


Gráfico 8 - Linguagem resposta d)

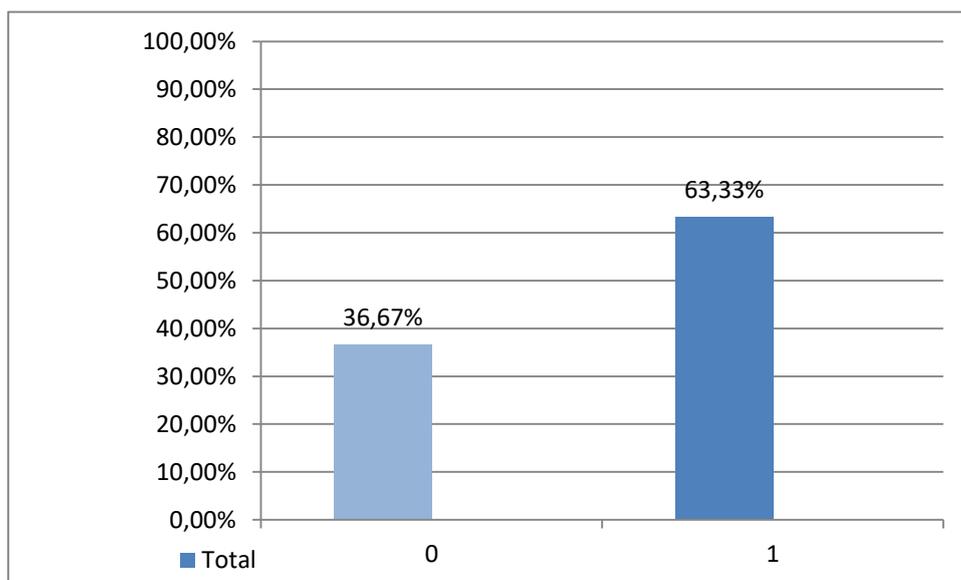


Gráfico 9 - Linguagem resposta e)

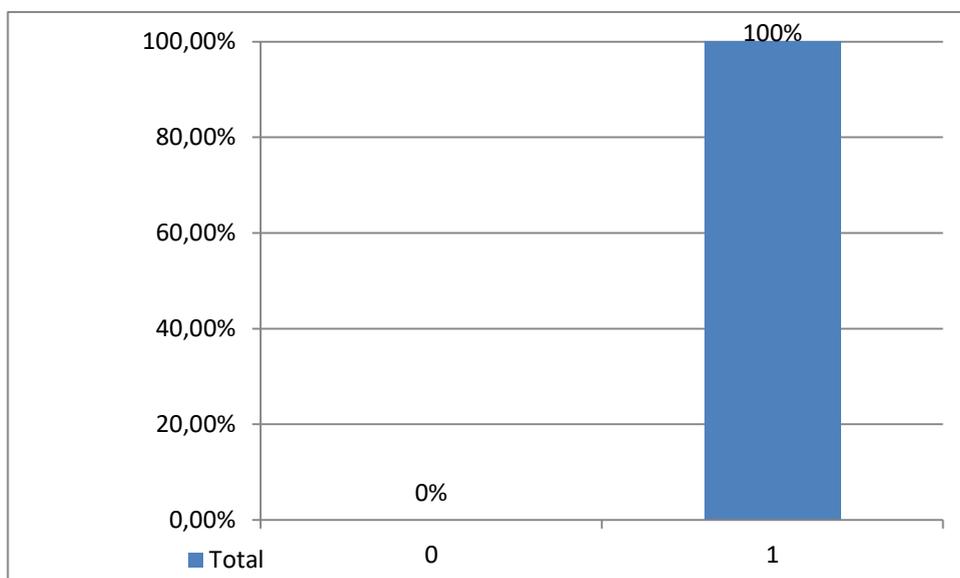


Gráfico 10 - Habilidade Construtiva

Escala de Barthel

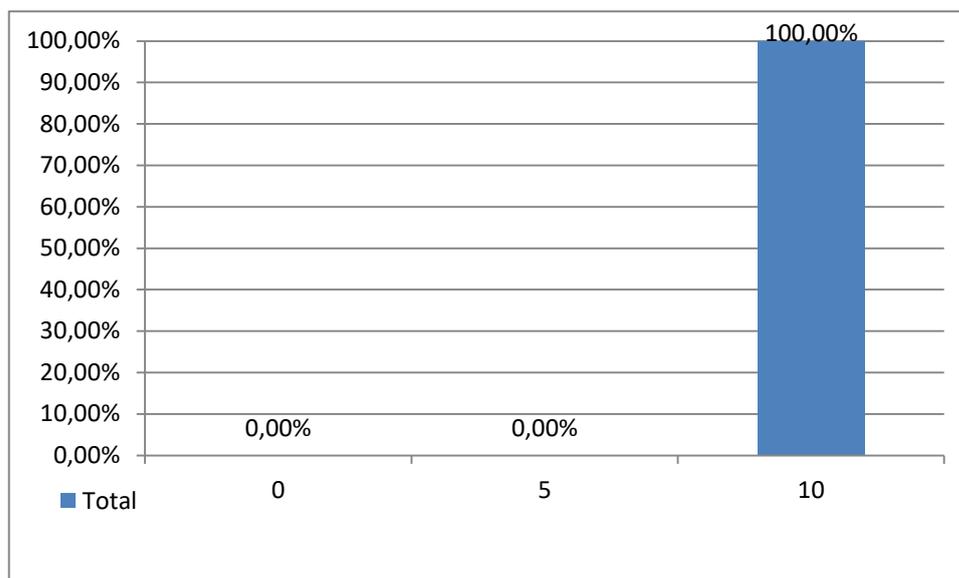


Gráfico 1 - Atividade Alimentação

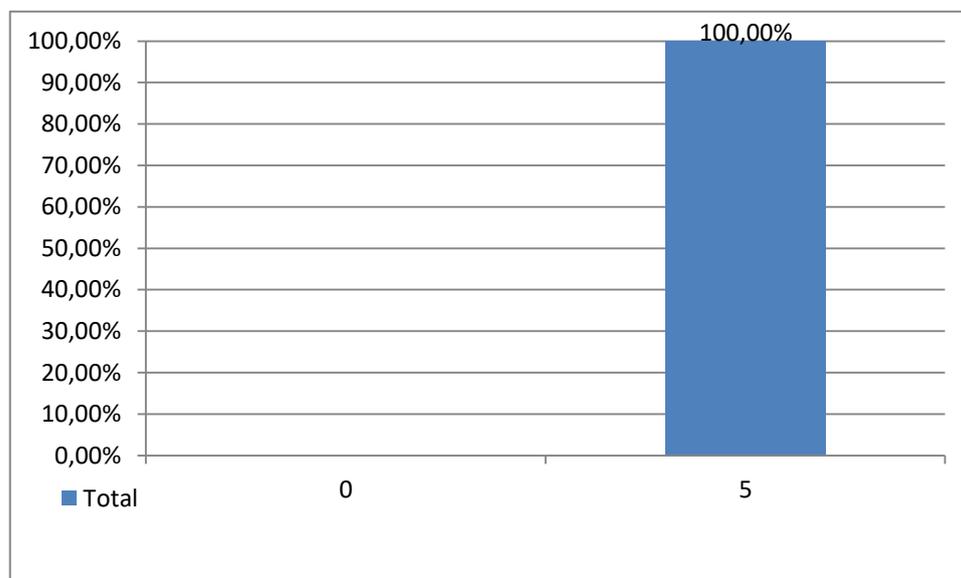


Gráfico 2 - Atividade Banho

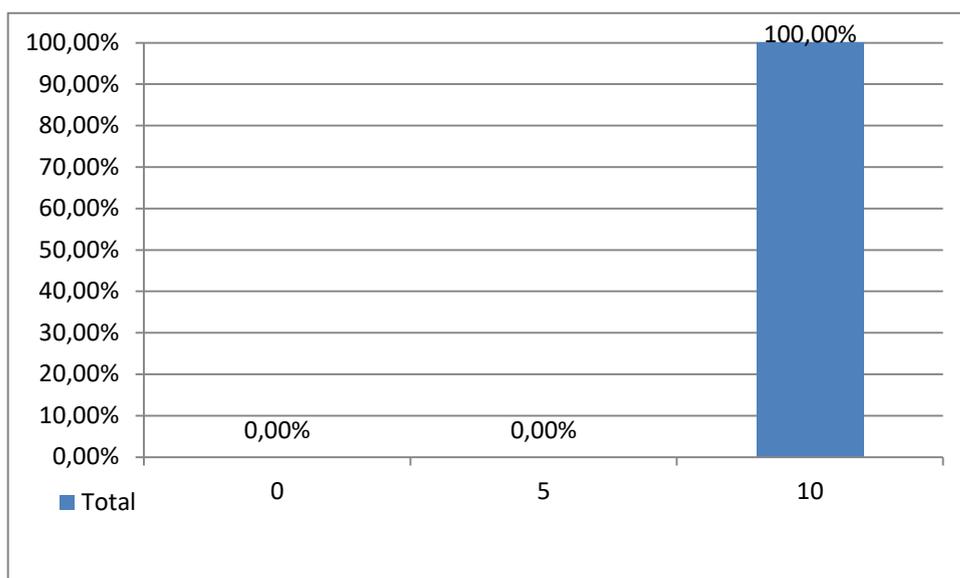


Gráfico 3 - Atividade Vestir-se

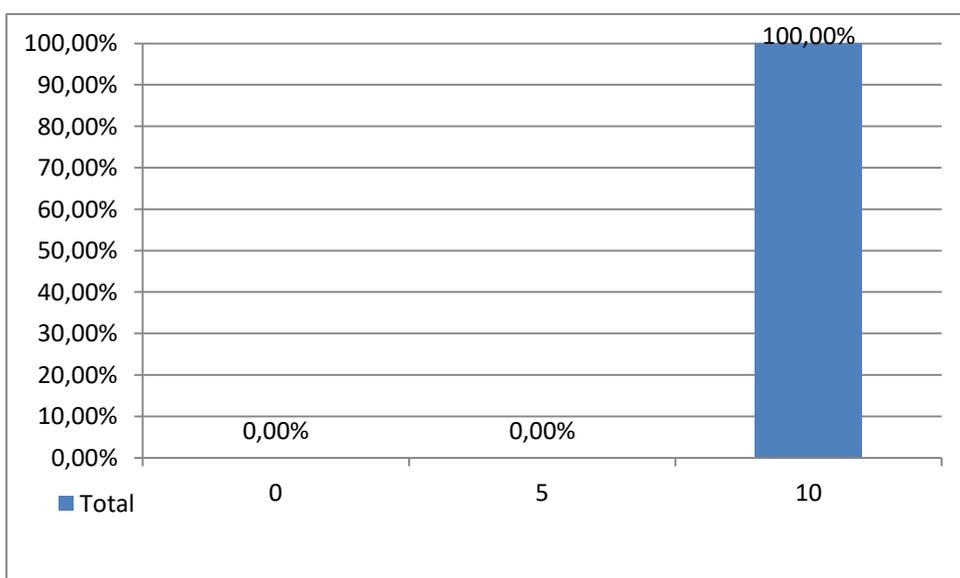


Gráfico 4 - Atividade Intestino

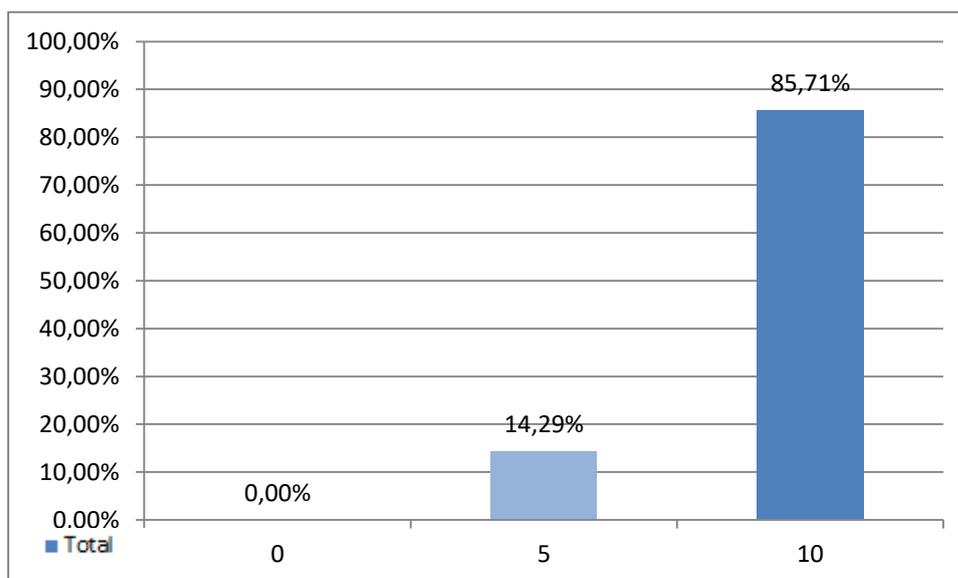


Gráfico 5 - Atividade Sistema Urinário

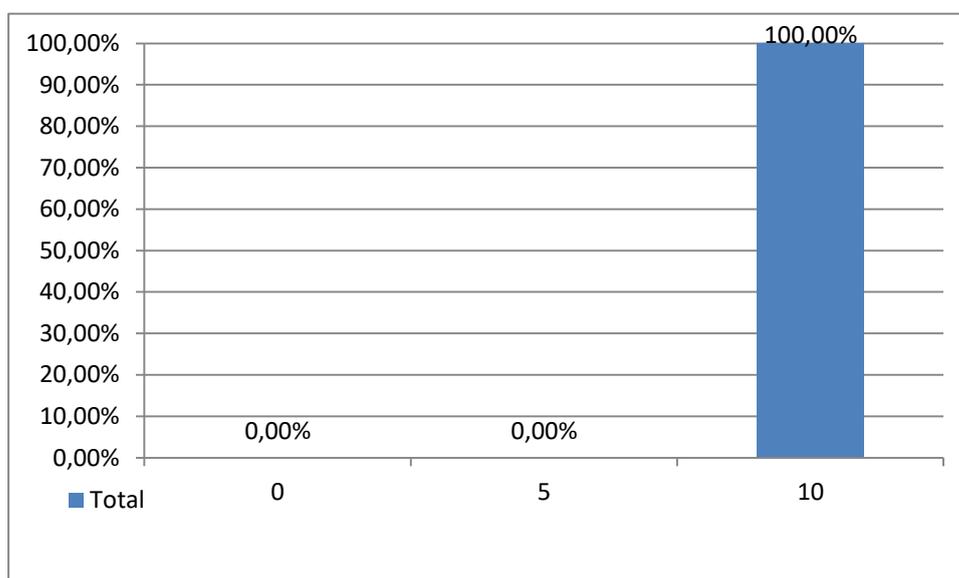


Gráfico 6 - Atividade Uso do toilet

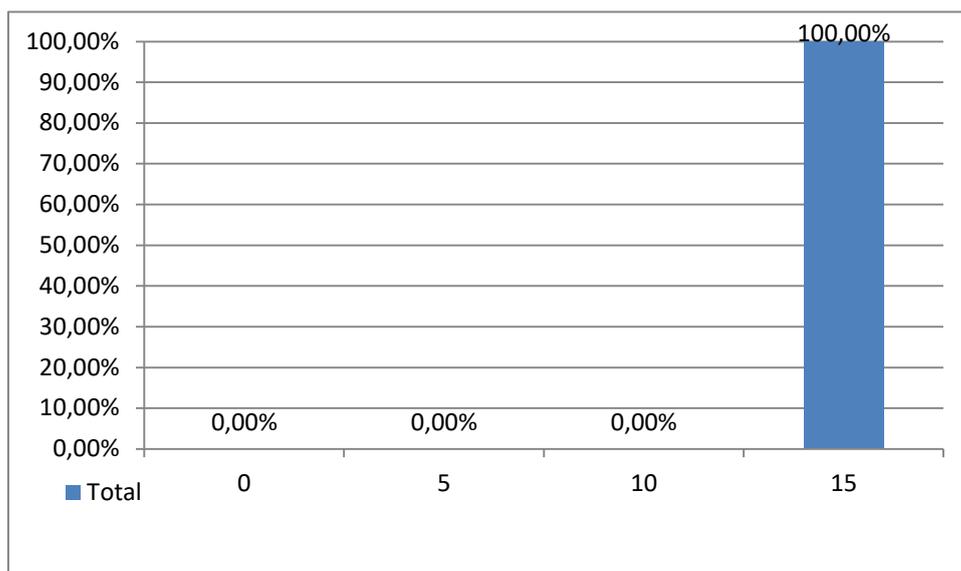


Gráfico 7- Atividade Transferência da Cama para a Cadeira

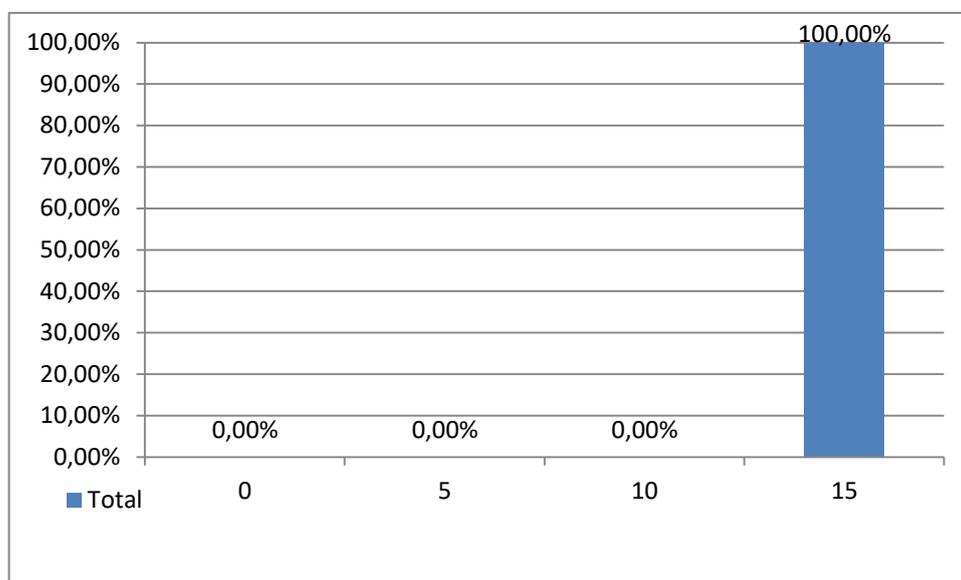


Gráfico 8- Atividade Mobilidade em Superfícies Planas

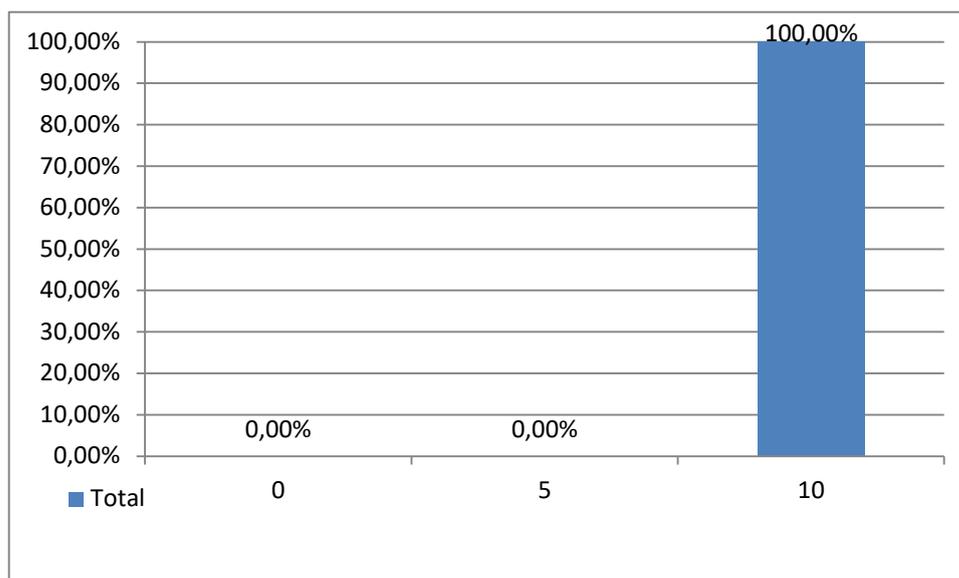


Gráfico 8- Atividade Escadas

Escala Solidão – UCLA Daniel Russell

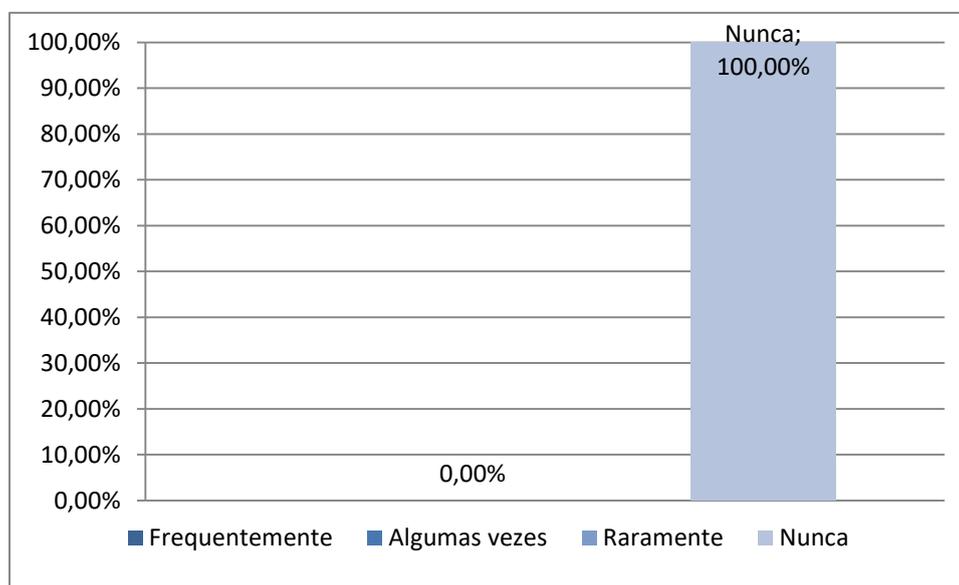


Gráfico 1 - Respostas à pergunta 1 “ Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho?”

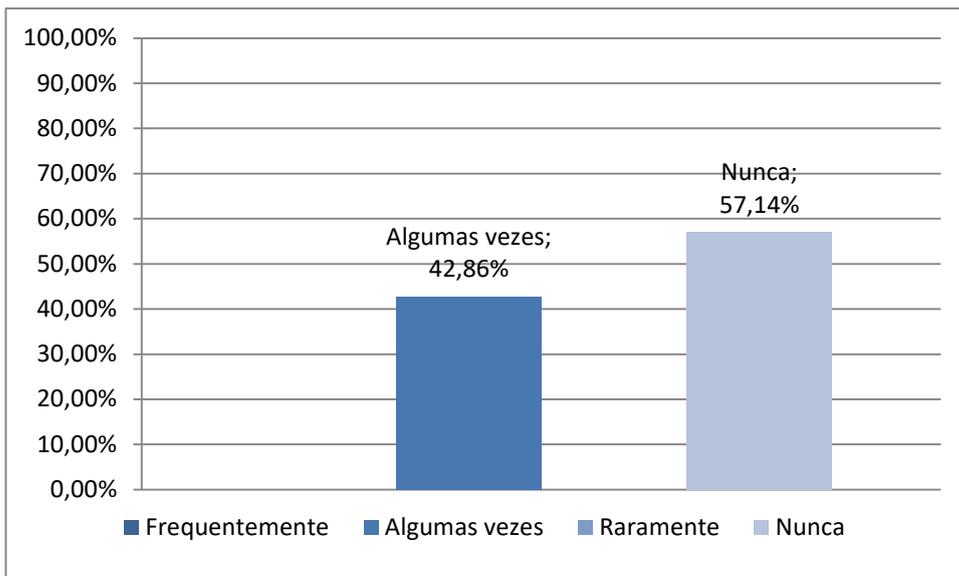


Gráfico 2 - Respostas à pergunta 2 " Sente que não tem alguém com quem falar?"

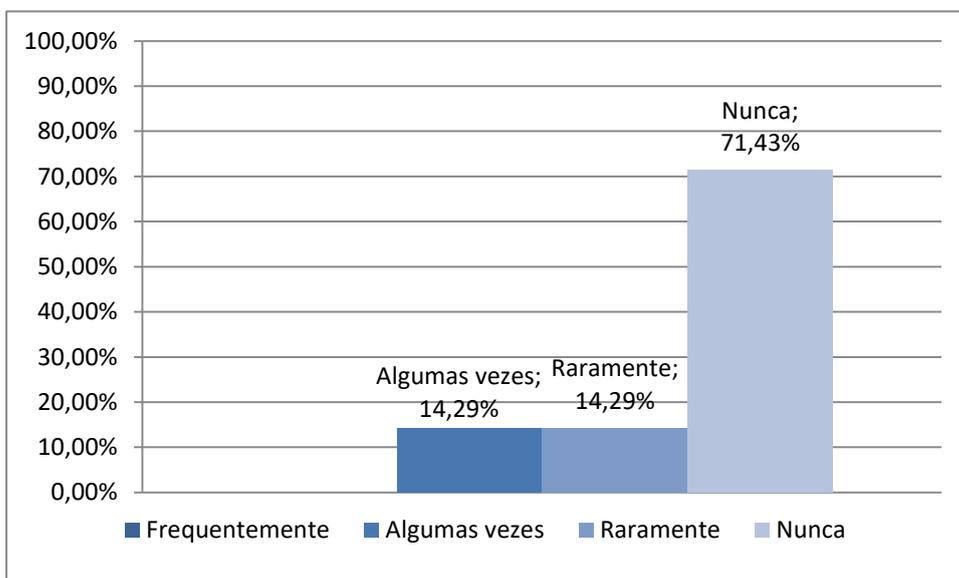


Gráfico 3 - Respostas à pergunta 4 " Sente que tem falta de companhia?"



Gráfico 4 - Respostas à pergunta 5 " Sente –se como se realmente ninguém o compreendesse?"



Gráfico 5 - Resposta à pergunta 7 "Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer?"



Gráfico 6- Resposta à pergunta 8 "Não se sente íntimo de qualquer pessoa?"



Gráfico 7 - Resposta à pergunta 9 "Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses?"



Gráfico 8 - Resposta à pergunta 10 "Sente-se abandonado?"

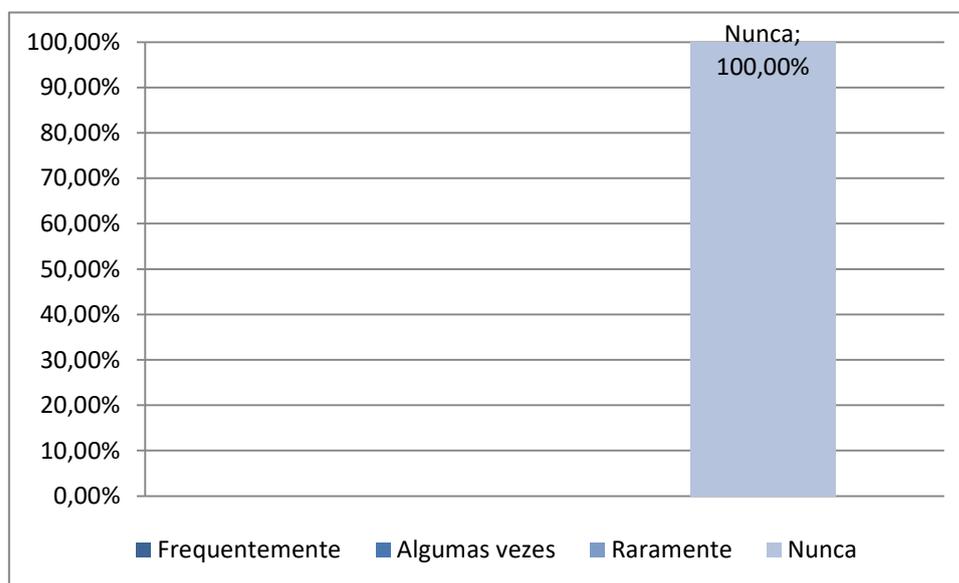


Gráfico 9 - Resposta à pergunta 11 "Sente-se completamente só?"

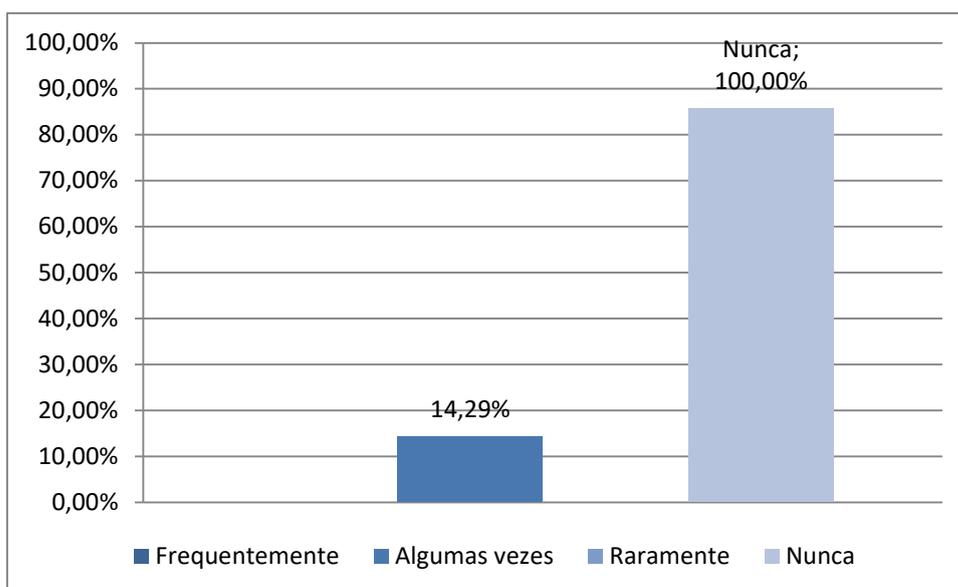


Gráfico 10 - Resposta à pergunta 12 " É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que rodeiam ?"



Gráfico 11 - Resposta à pergunta 13 " As suas relações são superficiais?"



Gráfico 12 - Resposta à pergunta 15 "Considera que na realidade ninguém o conhece bem?"

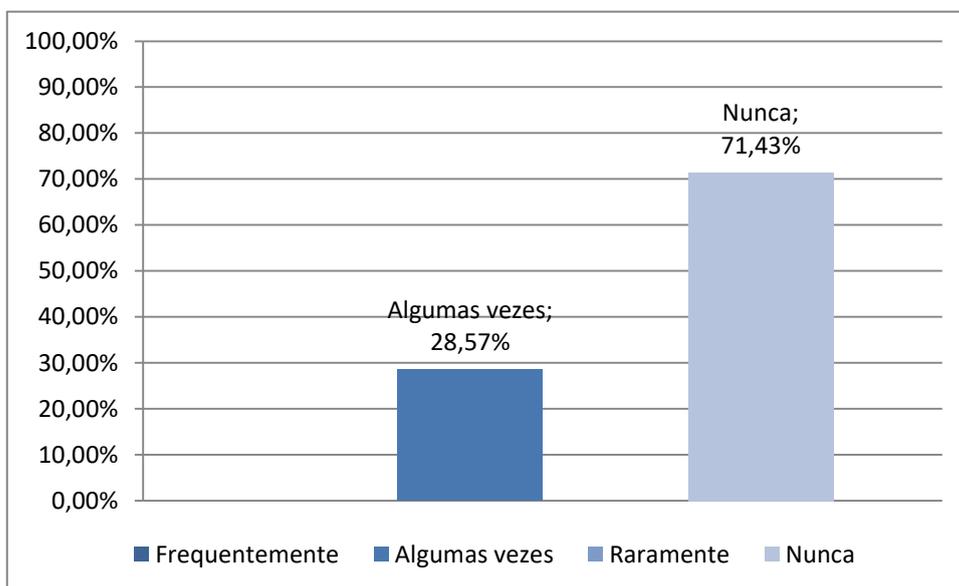


Gráfico 13 - Resposta à pergunta 16 "Sente-se isolado das outras pessoas?"

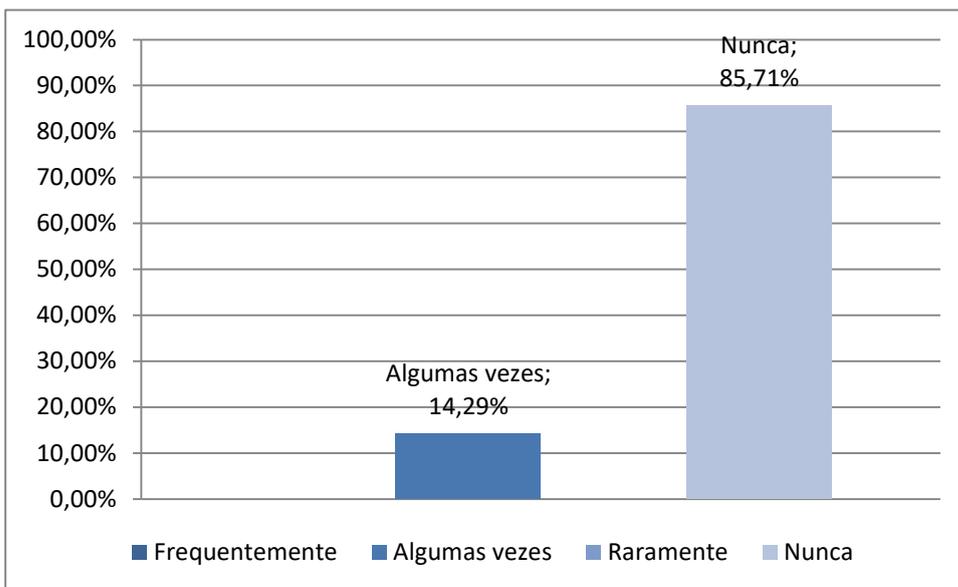


Gráfico 14 - Resposta à pergunta 17 " Sente-se infeliz de estar afastado dos outros?"

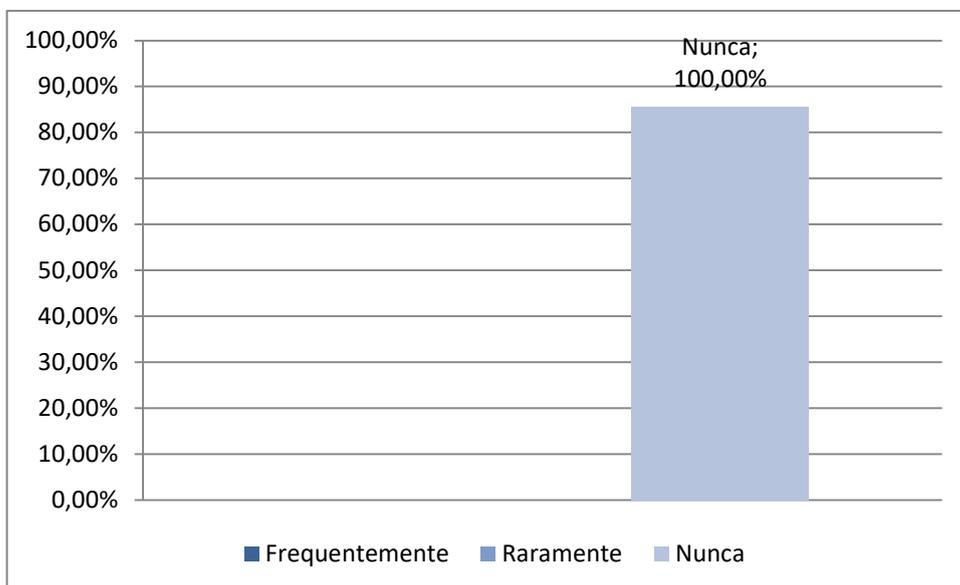


Gráfico 15 - Resposta à pergunta 18 "É difícil fazer amigos ?"

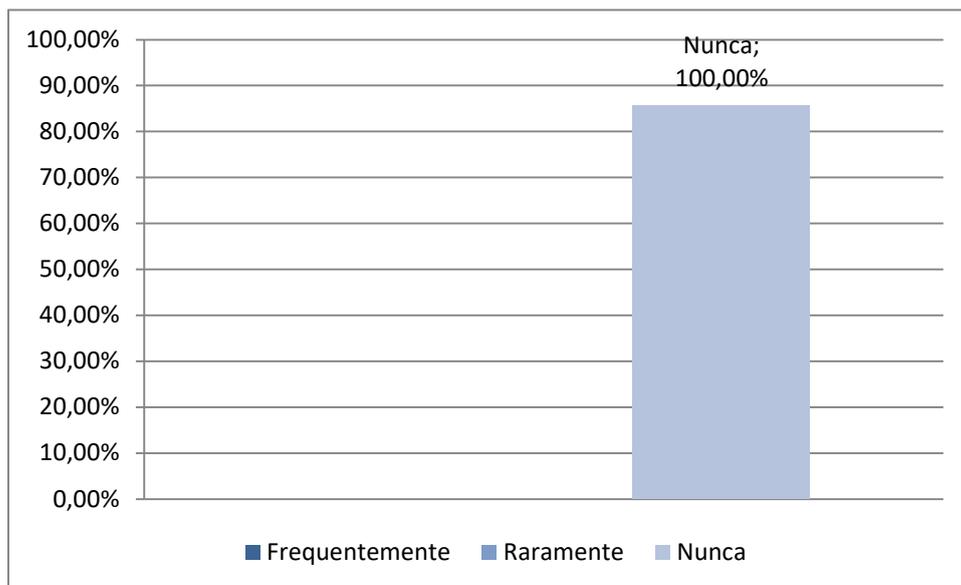


Gráfico 16 - Resposta à pergunta 19 "Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas?"