



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“HUMANIZAR A SERRA - PROMOVER A SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS ISOLADAS”

Joana Soares Nobre de Brito

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPS Instituto
Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**“HUMANIZAR A SERRA” - PROMOVER A SAÚDE
DAS PESSOAS IDOSAS ISOLADAS.**

Joana Soares Nobre de Brito

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Gato

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“...O olhar triste e cansado procurando alguém,
e a gente passa ao seu lado a olhá-lo com desdém,
sabes, eu acho que todos fogem de ti, para não ver,
a imagem da solidão que irão viver,
quando forem como tu,
um resto de tudo o que existiu,
quando forem como tu,
um velho sentado no jardim.”

Mafalda Veiga

AGRADECIMENTOS

À Professora Ana Paula Gato, minha orientadora, pelos conhecimentos, disponibilidade e sabedoria que transmitiu ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade, em especial à Enfermeira Orientadora Ana Paula Samúdio, pela prontidão demonstrada, apoio permanente, e elo de ligação entre as entidades e comunidade, o que permitiu o desenvolvimento favorável de todo o desenrolar deste caminho.

Ao Grupo de Apoio à Pessoa Idosa de Silves, à Guarda Nacional Republicana de Silves e à Câmara Municipal de Silves, um obrigada por toda a colaboração e apoio, principalmente à Dr^a Lúcia Semedo e Cabo Guerreiro; onde sem esta cooperação, teria sido impossível chegar às pessoas isoladas.

Aos idosos que colaboraram connosco e nos receberam nas suas casas, partilhando as suas vivências, preocupações e necessidades.

À minha colega Rita Reforço, pelo companheirismo e amizade, partilha de conhecimentos e permanente incentivo mútuo.

À minha mãe, pelo apoio e persistência no alcance dos meus objetivos.

Ao João, pela paciência e compreensão.

RESUMO

O concelho de Silves apresenta desertificação da zona rural com elevado Índice de envelhecimento, associado ao isolamento das pessoas idosas. Este relatório explicita o projeto de intervenção realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade do concelho, com os objetivos de promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas isoladas da zona rural, conhecer as suas necessidades e assegurar a continuidade do apoio prestado com base numa parceira comunitária. Utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde, e como instrumentos de colheita de dados, uma entrevista semiestruturada, a *Escala de Graffar* e o *Índice de Katz*, que foram analisados através da análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram incapacidades físicas, isolamento social, baixo nível de escolaridade e de recursos financeiros, precárias condições de habitação; baixa qualidade de vida e de saúde e escassez de relações significativas. O projeto desenvolveu visitas domiciliárias multidisciplinares e convívios comunitários, promovendo a resolução das necessidades identificadas.

Palavras-chave: Saúde; Idoso; Isolamento.

ABSTRACT:

“Humanize the Mountain Área – Promote the Helth of The Isolated Elderly”

The municipality of Silves presents desertification of the rural zone with a high Index of aging, associated to the isolation of the elderly. This report explains the intervention project carried out in a Community Care Unit in this municipality, with the objectives of promoting health and social support for the elderly isolated from the rural area, knowing their needs and ensuring the continuity of support provided through the community. It was used the methodology of

the Health Planning, and as data collection instruments, a semi-structured interview, the Graffar Scale and the Katz Index, which were analyzed through content analysis. The results showed physical incapacities, social isolation, low level of education and financial resources, poor housing conditions; low quality of life and health, and a scarcity of significant relationships. The project developed domiciliary visits with multiple colaboratins and community meetings promoting the resolution of identified needs.

keywords: Health; Elderly; Isolation

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller.....	45
Figura 2: Território de Silves.....	58
Figura 3: Grelha de análise para determinação de prioridades.....	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Esperança de vida à nascença na Europa, em 2016.....	24
Gráfico 2: Índice de longevidade na Europa, em 2016.....	25
Gráfico 3: Esperança de vida aos 65 anos: por sexo, na Europa, em 2016.....	26
Gráfico 4: Taxa bruta de natalidade na Europa, em 2016.....	27
Gráfico 5: Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2015.....	28
Gráfico 6: Índice de envelhecimento na Europa, em 2016.....	29
Gráfico 7: Estrutura etária da população por grandes grupos etários, Portugal, 2006 - 2016....	30
Gráfico 8: População residente em Portugal, 2006-2016.....	31
Gráfico 9: Índice de dependência de idosos na Europa, 1960- 2016.....	33
Gráfico 10: Faixas etárias por freguesia.....	60
Gráfico 11: Índice de envelhecimento no concelho de Silves, em 2016.....	61
Gráfico 12: Índice de dependência de idosos, concelho de Silves, em 2016.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores de envelhecimento em Portugal, 2008-2016.....	32
Tabela 2: Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, Portugal.....	34
Tabela 3 Variação da População.	59
Tabela 4: Indicadores demográficos e sociais do Algarve, 2014.....	61
Tabela 5: Índices de envelhecimento e dependência no concelho de Silves.....	63
Tabela 6: Categorização do conteúdo das entrevistas.....	71
Tabela 7: Escala pré-determinada para o Método de Hanlon	73
Tabela 8: Aplicação do Método de Hanlon.....	75
Tabela 9: Aplicação do Método da Grelha de Análise.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diárias

CSI – Complemento Solidário para Idosos

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

GAPI – Grupo de Apoio à Pessoa Idosa

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPBC – Investigação Participada de Base Comunitária

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNFPA – Fundo da População das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1 O Envelhecimento – Conceitos e Problemáticas.....	18
1.2 Evolução Demográfica do Envelhecimento.....	23
1.3 Envelhecimento e Saúde: Novas Abordagens na Promoção do Envelhecimento Saudável.....	35
1.4 Enfermagem, Saúde Comunitária e Envelhecimento	37
1.4.1 Referenciais teóricos de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa	41
2. METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
2.1 Metodologia do Planeamento em Saúde.....	48
2.2 Metodologia de Investigação Participada de Base Comunitária	52
2.3 Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados	54
2.4 Considerações Éticas	55
3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE.....	57
3.1 Caracterização Física e Demográfica do Concelho de Silves.....	57
3.2 Problemáticas Estruturais do Concelho de Silves	64
3.3 Rede Social e Projetos de Apoio ao Idoso	65
3.4 Recursos de Saúde.....	67
3.5 Identificação de Problemas/Necessidades.....	69
4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	73
5. POPULAÇÃO, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS.....	78
5.1 População-Alvo.....	78
5.2 Objetivos do Projeto.....	79
5.3 Seleção das Estratégias.....	80
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	83
6.1 Seleção de Intervenções/Atividades.....	83
6.2 Previsão de Recursos.....	86
6.3 Resultados Esperados.....	87
6.4 Seguimento «Follow-Up».....	88

7. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	90
7.1 Identificação das Necessidades das Pessoas Idosas Isoladas.....	90
7.1.1 Alterações à amostra populacional.....	92
7.2 Apresentação e Discussão de Resultados.....	93
7.2.1 Considerações finais da análise de resultados.....	101
7.3 Outras Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Projeto	102
8. AVALIAÇÃO DO PROJETO	105
9. OUTRAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES	111
10. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	116
CONCLUSÃO	125
BIBLIOGRAFIA.....	131
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Guião da Entrevista.....	CXLIV
APÊNDICE II - Categorização da Análise de Conteúdo.....	CXLVI
APÊNDICE III - Cronograma de Atividades.....	CLIV
APÊNDICE IV - Artigo Científico do Projeto.....	CLVI
ANEXOS	
ANEXO I - Índice de Katz.....	CCI
ANEXO II - Escala de Graffar.....	CCIII
ANEXO III - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	CCV
ANEXO IV - Ofício do Parecer do Projeto pela Comissão de Ética para a Saúde da CES ARS Algarve.....	CCVIII
ANEXO V - Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas da Saúde Humana e Bem-Estar - Universidade de Évora.....	CCXII

INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística [INE], verifica-se um envelhecimento da população cada vez mais evidente, revelando que Portugal é o 3º país da União Europeia, com um valor mais elevado do Índice de envelhecimento (Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS], PORDATA, 2018d).

Entende-se por idoso qualquer indivíduo com 65 e mais anos e aliando o elevado Índice de envelhecimento, Portugal é considerado um país envelhecido, onde é urgente atuar neste fenómeno o mais rápido possível, com tudo o que ele comporta (*World Health Organization* [WHO], 2002).

Cada vez mais estamos a assistir a um processo acelerado do envelhecimento demográfico no país, resultado da queda da natalidade e do aumento de longevidade nos últimos anos, verificando-se um decréscimo da população jovem em simultâneo com o aumento da população idosa. Associados a estas alterações, estão também os progressos na medicina e na assistência em saúde, o aumento do nível de escolaridade e da literacia em saúde e as melhores condições de vida, que conduziram a um aumento da esperança média de vida, aumentando assim o número de pessoas idosas, e também uma maior necessidade de intervenção (Félix, 2011).

O envelhecimento da população também traz modificações nas representações do idoso a nível social e no seu relacionamento com os outros, devido a mudanças de papéis na família, trabalho e reforma, que resulta na falta de papel social, devendo estar preparado para não cair no isolamento com perdas diversas, que vão desde a condição económica ao poder de decisão, da independência e autonomia e diminuição dos contatos sociais (Félix, 2011).

Assim, constata-se que a solidão e isolamento no idoso é um problema real e potencial, com necessidade de intervenção por parte dos profissionais de saúde, serviços de solidariedade social e sociedade em geral, revelando-se uma área prioritária de intervenção.

Relativamente ao concelho de Silves, tendo em conta as estatísticas, o Índice de envelhecimento no concelho é de 173,2%, comparativamente ao índice no país, de 148,7%, o que significa que por cada 100 crianças/jovens (0-14 anos), existem 173 idosos (65 e mais anos) a residir no concelho (FFMS, PORDATA, 2018d).

Aliado a esta problemática, o concelho de Silves apresenta fragilidades geográficas, nomeadamente o isolamento e desertificação no seu interior, sendo, na sua maioria, habitado por uma população envelhecida (Rede Social de Silves, 2016). Este facto revela que o envelhecimento da população é um dos problemas reais do concelho de Silves, onde o isolamento e aumento da dependência das pessoas idosas aumentam a necessidade de cuidados de saúde e de apoio social a este grupo, constituindo uma área prioritária de intervenção.

Face ao exposto, o trabalho desenvolvido nos períodos de Estágio integrados no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com a Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal, foi direccionado para este grupo populacional.

O relatório apresentado explicita o trabalho realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] do concelho de Silves, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] do Barlavento da Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve.

À UCC, segundo o Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1184, de 22 de Fevereiro, compete prestar:

“(…) cuidados de saúde de apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a (...) grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco (...), actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio (...) e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

Sendo preconizado como uma das linhas de investigação, no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Envelhecimento, e como uma das competências esperadas, intervir com base na metodologia de Planeamento em Saúde, desenvolveu-se o projeto após a elaboração prévia de um diagnóstico de saúde, que revelou as necessidades da comunidade em estudo. O diagnóstico de saúde envolveu duas fases, que se basearam na pesquisa de literatura e na participação na comunidade, facilitando a identificação dessas necessidades e consequente priorização, no sentido de se concretizar a intervenção comunitária, tendo em

conta o contexto sociopolítico e cultural do concelho de Silves; promovendo a participação comunitária, a prevenção e proteção da saúde e o exercício de cidadania.

Como já referido, a área de investigação priorizada, foi o envelhecimento. Do ponto de vista coletivo, o envelhecimento tem implicações em todos os sectores sociais e de saúde, exigindo que a intervenção de Enfermagem seja dotada de competências clínicas e reflexivas adequadas e capacitantes na resolução dos problemas, na responsabilização pela promoção da independência e vigilância da saúde das pessoas e comunidades.

Identificada a problemática do envelhecimento e isolamento no concelho de Silves e atendendo aos objetivos preconizados para a Unidade Curricular [UC] Estágio e Relatório, surgiu a necessidade de se realizar um projeto de intervenção comunitária, junto das pessoas idosas isoladas que habitam na zona serrana e rural do concelho, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida, promovendo a sua saúde. O projeto intitulou-se de “Humanizar a Serra” – Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas, e foi desenvolvido durante o Estágio Final, entre os meses de setembro de 2017 a janeiro de 2018, em articulação com o Grupo de Apoio à Pessoa Idosa [GAPI], a Guarda Nacional Republicana [GNR] e a autarquia de Silves.

O GAPI de Silves nasceu da necessidade das entidades concelhias acautelarem possíveis situações de isolamento, exclusão social e negligência. O grupo foi criado em 2016 e desenvolve uma resposta ao fenómeno do envelhecimento no concelho, constituído por várias entidades locais de segurança social, profissionais de saúde, GNR e autarquia. Este grupo avalia em rede as problemáticas dos idosos que se encontram em situações de vulnerabilidade (Rede Social de Silves, 2016).

O título do projeto “Humanizar a serra” – Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas, foi uma das formas de catalizar a participação das várias entidades para uma intervenção comunitária com base na dignidade humana. pois, tal como afirmam Waldow e Borges (2011, p.416):

“Humanizar é afirmar o humano na ação e isso significa cuidado porque só o ser humano é capaz de cuidar no sentido integral, ou seja, de forma natural e, ao mesmo tempo, consciente, conjugando desta forma os componentes racionais e sensíveis.”

O objetivo geral do projeto foi promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias rurais do concelho de Silves, e como objetivos

específicos, pretendeu-se inserir o projeto no GAPI de Silves, integrando uma parceria, para a identificação das necessidades destas pessoas idosas e intervir no apoio às necessidades de saúde e questões sociais identificadas.

A metodologia utilizada foi a de Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993) e Tavares (1990), tendo sido utilizadas durante as diversas fases do projeto, metodologias complementares, nomeadamente para a identificação das necessidades em saúde, onde se fez um estudo participativo e qualitativo de carácter descritivo, tendo sido utilizadas para colheita de dados a entrevista semiestruturada e a aplicação do *Índice de Katz* e da *Escala de Graffar*, cujo conteúdo foi analisado através da análise de conteúdo, segundo Bardin, (2009). As estratégias incluíram o trabalho de parceria com o GAPI, a visita domiciliária multidisciplinar e a criação de convívios comunitários.

Através da visita domiciliária multidisciplinar, tentou-se proporcionar respostas face às necessidades identificadas das pessoas idosas e os convívios comunitários criaram um elo de ligação à sociedade, proporcionando-lhes a oportunidade para se relacionarem socialmente e saírem da sua situação de isolamento. .

Este relatório procura dar resposta aos objetivos da UC Relatório, nomeadamente demonstrar o planeamento de um projeto de intervenção comunitária, tendo em conta o diagnóstico de saúde realizado; e demonstrar capacidade de coordenar, participar, avaliar e refletir sobre as repercussões do projeto no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde das pessoas em diferentes contextos, neste caso as pessoas idosas isoladas.

Neste processo de aprendizagem, reflexão e aquisição de competências clínicas específicas, importa também referir a obtenção de grau de mestre, em que a UC Estágio e Relatório têm papel central. É preconizado que se obtenham conhecimentos aprofundados que permitam o desenvolvimento da investigação, fomentando a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares, incluindo a reflexão sobre a responsabilidade ética e social das ações, sendo capaz de comunicar conhecimentos de uma forma clara e autónoma ao longo da vida, em qualquer contexto em que esteja inserido (Decreto-Lei nº63/2016, 13 de setembro). Espera-se com a elaboração do relatório demonstrar as competências desenvolvidas ao longo deste percurso.

Relativamente à estrutura, este relatório encontra-se dividido em dez capítulos. No primeiro, é apresentado o enquadramento teórico, onde se faz a contextualização do envelhecimento, bem como das problemáticas e relevância do mesmo, através de evidência de autores e de indicadores de saúde e sociodemográficos. Expõe-se também a relevância da intervenção dos enfermeiros, de forma especial dos enfermeiros comunitários, nos cuidados à pessoa idosa, recorrendo a referenciais teóricos que fundamentam a prática de cuidados.

O segundo capítulo, explicita a metodologia utilizada no projeto, nomeadamente o processo da metodologia do Planeamento em Saúde e suas etapas, bem como outras metodologias complementares utilizadas e as considerações éticas referentes à implementação do projeto e tratamento de informação.

O terceiro capítulo, engloba a descrição do processo do diagnóstico de saúde e as metodologias utilizadas para a sua realização, onde se caracteriza as problemáticas do concelho de Silves e identifica-se os problemas e necessidades com base na literatura e na participação comunitária, apresentando-se seguidamente, no quarto capítulo a determinação das prioridades identificadas e a sua hierarquização com base em métodos científicos.

Os quinto, sexto e sétimo capítulos, apresentam a população-alvo e os objetivos do projeto, bem como a seleção de estratégias para atingir o pretendido e toda a preparação operacional para o desenvolvimento das intervenções e atividades que se implementaram, nomeadamente a identificação das necessidades da amostra populacional em estudo e a análise e discussão dos resultados obtidos.

O oitavo capítulo expõe o processo de monitorização e avaliação do projeto.

O nono capítulo, refere outras atividades complementares realizadas durante o Estágio Final no âmbito da UCC, que complementaram a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O décimo capítulo apresenta a reflexão e análise crítica indispensável a uma atuação racional e socialmente útil para a aquisição dessas competências.

Finalmente, a conclusão manifesta uma síntese do trabalho desenvolvido, bem como as limitações do projeto e avaliação dos resultados obtidos de forma a alcançar melhores e novas formas de actuação na área do envelhecimento..

O presente relatório foi elaborado e escrito cumprindo as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, a Norma da American Psychological Association [APA] – 6ª edição e as normas estruturais de texto do Regulamento Académico da Universidade de Évora.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico pretende compreender o processo do envelhecimento, percecionando o conceito de envelhecer ao longo do tempo e a sua evolução demográfica, que conduz a novas abordagens da Enfermagem na promoção de um envelhecimento saudável.

Realça-se o papel da Enfermagem na promoção da saúde comunitária e a importância dos cuidados de saúde prestados às comunidades envelhecidas, que devem ser fundamentados na literatura com evidência científica e em referenciais teóricos e metodologias que sustentem a prática profissional na prestação de cuidados a este grupo populacional específico.

1.1 O Envelhecimento – Conceitos e Problemáticas

Torna-se difícil definir a velhice no mundo evoluído e atual, principalmente quando se pretende, cada vez mais, uma velhice saudável, desejada por todos e para todos.

Através da sensibilização e preocupação mundial em crescente evolução, as abordagens a este fenómeno, estão a provocar alterações mais alargadas no conceito de envelhecer. Este conceito tem sido percecionado de formas diferentes, ao longo dos tempos.

Na sociedade atual, a atenção ao mais velho, segundo a literatura, foca-se nas melhores condições de vida no futuro, e a rápida evolução da tecnologia exige uma adequada preparação das pessoas e das comunidades, para responder às novas exigências sociais. Atualmente, é consenso na literatura, que o envelhecimento é um processo biológico, mas

também social e cultural, devendo ser entendido como a última etapa da vida onde ocorrem mudanças biopsicossociais que podem alterar as relações da pessoa com o meio onde vive (Burlá, Pessini, Siqueira & Nunes, 2014).

Alguns autores, como Jeckel-Neto & Cunha (2006) citado por Burlá et al. (2014), descrevem o envelhecimento como um processo natural do crescimento do ser humano, que se inicia ao nascer e termina ao morrer. Pois cada ser humano é uma pessoa única durante todo o seu ciclo de vida. O crescimento e experiência formam uma vida personalizada e única, onde viver vai além de existir, como usufruir de qualidade de vida e saúde e desenvolver capacidades intrínsecas ao ser humano e sua existência (Burlá et al. 2014).

Os mesmos autores, referem ainda a velhice como a continuação do passado no presente, o que confere às pessoas idosas uma colaboração participativa para tornar mais equilibrada a sociedade (Burlá et al., 2014).

A nível cronológico, considera-se que não há uma idade universalmente estabelecida como transição para a velhice, sendo que os estudos e as opiniões divergem de acordo com as condições económicas do país onde se vive e o nível cultural da pessoa (WHO, 2002).

O envelhecimento, segundo Schneider & Irigaray (2008), agrupa as pessoas idosas em: idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos. Os idosos jovens são as pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ainda ativas mantendo as suas capacidades funcionais e cognitivas. Os idosos velhos, dos 75 aos 84 anos, e os idosos mais velhos, dos 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior dificuldade para desempenhar as atividades da vida diárias (Schneider & Irigaray, 2008).

Os 65 anos são vistos como um marco do envelhecimento, relacionando-se esta fase à última etapa da vida, apesar de muitas pessoas de 65, 75 ou 85 anos não se sentirem como mais velhos, onde as diferenças individuais podem tornar-se mais acentuadas nos anos avançados (Papalia, Feldman & Martorell, 2013).

A definição de idoso, segundo a WHO, (2002), considera os 60 anos, para os indivíduos de países em desenvolvimento e do terceiro mundo, e os 65 anos, nos países desenvolvidos. Esta classificação procura acompanhar a situação económica e social de cada país (WHO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde [OMS], revela que a idade não é só um marco na mudança para o envelhecimento, pois esta fase da vida inclui alterações nos estados de saúde, participação e independência que são vivenciados de forma diferente, por cada pessoa idosa (WHO, 2002).

Por outro lado, o Fundo da População das Nações Unidas [UNFPA] (2012), refere que o envelhecimento é um processo que atinge homens e mulheres de forma diferente, influenciando o acesso à comunidade e oportunidades com uma repercussão constante e acumulativa ao longo da vida.

Globalmente, as mulheres constituem a maioria das pessoas idosas. Hoje, mundialmente, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais existem 84 homens. E para cada grupo de 100 mulheres, com 80 anos ou mais, existem 61 homens (UNFPA, 2012). Estas alterações não devem ser apenas associadas à idade em anos, pois a idade e o processo de envelhecimento possuem outras características que transpõem a idade cronológica, e o número de pessoas com 60 ou mais anos, está a crescer rapidamente, em todo o mundo, mais do que qualquer outra faixa etária (UNFPA, 2012).

A conceção do envelhecimento não é determinada apenas por alterações cronológicas, físicas e biológicas, mas também possui determinantes sociais que variam de pessoa para pessoa, dependendo da cultura e da época em que vivem (UNFPA, 2012). Para a OMS, a adaptação a novos papéis, pode desenvolver novos pontos de vista e contextos sociais, e explicar como a idade avançada pode ser um período vulnerável ou de maior bem-estar (WHO, 2015).

Existe também o medo de envelhecer, que está relacionado com o medo de morrer, sabendo que há vulnerabilidade à doença crónica, sendo necessário encontrar um sentido para o degenaração e perda progressiva de autonomia (Burlá et al., 2014). Esta ideia é fundamentada por diversos autores, que referem que o aumento das doenças crónicas conduz a uma perda de autonomia e consequente aumento da dependência de terceiros e à perda da qualidade de vida (Melo, Rua & Santos, 2014).

E perante a percepção da vida, autores descrevem que as perspectivas de vida do idoso, diminuem proporcionalmente, pois não pensam mais no futuro, mas contam os dias que vão vivendo e vão testemunhando a sua história (Burlá et al., 2014).

Além disso, a longevidade aumenta a probabilidade de distúrbios mentais e demências que tendem a ocorrer com o envelhecimento, onde a probabilidade de ser saudável em idade avançada, muitas vezes, depende de um estilo de vida ativo (Papalia et al., 2013).

À medida que as pessoas envelhecem, um relevante teste de competência cognitiva é a capacidade de viver de maneira independente, sendo capaz de realizar as atividades de vida diária [AVD], como: administrar as finanças; fazer compras; utilizar o telefone e transportes públicos; preparar refeições; gerir a doença e medicação e fazer a lida da casa (Papalia et al., 2013). Um estilo de vida saudável pode permitir que a pessoa idosa mantenha um bom nível de funcionamento físico, mental e social (Papalia et al., 2013).

A pessoa idosa deve estar preparada, individualmente e socialmente, para perdas diversas, que vão desde a condição física e mental até à económica e ao poder de decisão, perda de familiares e amigos, da autonomia e diminuição dos contatos sociais (Papalia et al., 2013).

Uma consequência social do envelhecimento, que potencia a diminuição de contatos sociais é a aposentação ou reforma, onde os idosos podem ter a sensação de incapacidade e isolamento social (Ilha, Argenta, Silva, Cezar-Vaz, Pelzer & Backes, 2016).

Também a estrutura clássica das famílias acompanhou a evolução e sofreu alterações ao longo dos tempos. Em Portugal vivem 406.942 idosos sozinhos, e este valor aumentou duplamente nos últimos 30 anos (FFMS, PORDATA, 2015).

Cerca de 80% dos idosos que vivem sozinhos são viúvos, e quase metade não têm filhos ou familiares por perto, e estes são em média mais velhos e mais pobres do que idosos que vivem com outras pessoas (Papalia et al., 2013).

A viuvez acaba por ser outra consequência do envelhecimento, e pode levar à solidão, à depressão e à tentativa de suicídio (Cavalcanti, Mendes, Martins, Lima & Macêdo, 2016), pois a solidão pode estar ligada ao consumo excessivo de medicamentos, ao aumento da sensação de desamparo, exclusão da família e da sociedade e sentimentos de angústia, tristeza e insatisfação (Carmona, Couto & Scorsolini-Comin, 2014).

Por outro lado, a dor da perda leva tempo para passar, mas alguns idosos viúvos recomeçam a sua vida conjugal, onde a solidão, tristeza e depressão dão lugar à confiança na capacidade de viverem a vida. As pessoas que melhor se adaptam são as que se mantêm ocupadas, assumem novos papéis ou tornam-se envolvidas em atividades comunitárias (Cavalcanti et al., 2016).

O ambiente social em que os idosos estão inseridos, segundo Hunter et al. (2013) citado por Ilha et al. (2016), influencia o comportamento humano e saúde, uma vez que os efeitos ambientais no processo de envelhecimento interferem com a sua funcionalidade.

Os grupos comunitários são ambientes capacitadores para os idosos desenvolverem atividade social e criar novas amizades, contribuindo para a socialização do idoso, enquanto cidadão e ser humano, fortalecendo a sua autoestima e potencialidades (Cavalcanti et al., 2016).

Deve-se considerar, que uma vida ativa do idoso, fundamentada na convivência e na comunicação, pode evitar o aparecimento de estados depressivos e de doenças físicas e mentais, além de suprimir a escassez de relações afetivas e emocionais (Cavalcanti et al., 2016).

Os idosos integrados em atividades comunitárias, interagem satisfatoriamente, observando-se um processo de envelhecimento saudável, pois estas atividades, transmitem o apoio necessário por meio de relações sociais e afetivas, atenção e dedicação, promovendo a valorização social e pessoal das pessoas idosas (Cavalcanti et al., 2016).

As terapias comunitárias devem ser desenvolvidas nos cuidados de saúde centrados nas pessoas idosas. Estudos demonstraram que os idosos ao participarem nestas iniciativas, adquiriram mais positividade perante a vida e doença, melhorando o controlo das incapacidades físicas e do bem-estar psicossocial (Cavalcanti et al., 2016).

Assim, discutir a solidão do idoso e a sua reintegração social, revela uma preocupação com a sua saúde, pois se estes se sentirem apoiados e acompanhados nesta etapa da vida, para além de se combater o isolamento social, também se previnem complicações de saúde e vulnerabilidades sociais que daí advêm.

1.2 Evolução Demográfica do Envelhecimento

Assistimos a uma época de desafios no combate ao envelhecimento, tendencialmente a aumentar a nível mundial, sendo que a maioria das pessoas já espera viver muitos e bons anos.

A revolução demográfica global faz com que a proporção das pessoas de 60 e mais anos cresça mais rapidamente, do que em qualquer outro grupo etário. Entre 1970 e 2025, prevê-se o crescimento do número de idosos no mundo, em 2025 haverá um total de 1,2 bilhões de pessoas de 60 e mais anos, com 80% destas pessoas a viver em países desenvolvidos (WHO, 2015).

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos, devido ao crescimento económico, ao aumento do fornecimento de alimentos, ao maior controlo e vigilância das doenças infecciosas e ao melhor acesso à água potável, a instalações sanitárias e aos cuidados de saúde (WHO, 2015).

A evidência aponta as alterações demográficas e epidemiológicas como principais fatores que contribuem para o envelhecimento da população. A evolução demográfica acrescenta infindáveis alterações, tanto a nível social como económico, que se repercutem no envelhecimento populacional.

Para Arango (2013), a mobilidade da população, com o maior deslocamento de jovens que procuram melhores oportunidades de trabalho, contribui para o envelhecimento populacional em determinadas áreas geográficas e gera mudanças culturais e sociais, paralelas à perda de tradições, costumes e culturas.

Também as inovadoras tecnologias promovem melhores condições de vida, os avanços na ciência e medicina, que evitam a morte precoce, introduzem novos produtos farmacêuticos e diminuem o risco de doenças e incapacidades, e estão na base do envelhecimento populacional e influenciam transversalmente este processo (Arango, 2013).

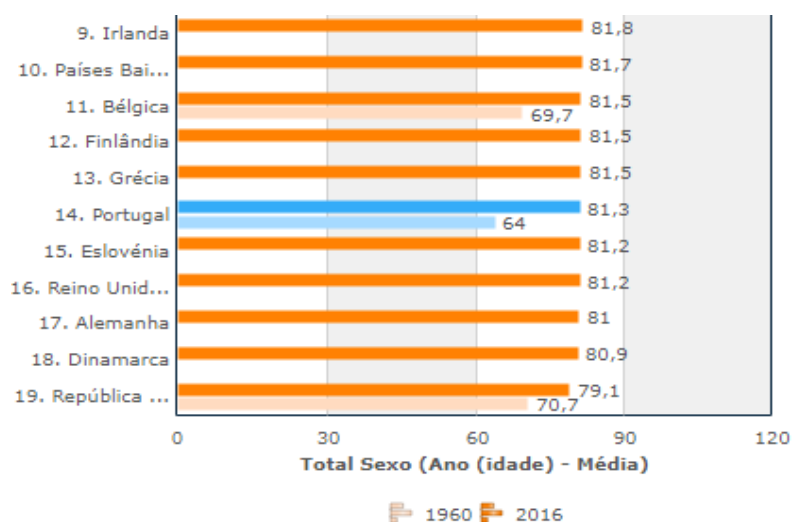
O envelhecimento acaba sendo um fruto do desenvolvimento e da evolução das sociedades, onde o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade (WHO, 2015).

Segundo o relatório da WHO (2015), as populações envelhecem, devido a dois fatores importantes no envelhecimento da população:, que são: o aumento da expectativa de vida e a longevidade. A expectativa de vida baseia-se na longevidade média dos cidadãos de uma população, sendo a longevidade o tempo que uma pessoa de facto vive (WHO, 2015).

Portugal é considerado um país envelhecido, o número total de residentes, aumentou em 50 anos, de 8.889.392 para 10.562.178 habitantes. Os jovens diminuíram e os idosos aumentaram, de um total de 708.569, em 1960, para 2.010.064 idosos, em 2011 (FFMS, PORDATA, 2015).

O seguinte gráfico, mostra a Esperança média de vida à nascença na Europa, em 2016, onde se pode observar o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver (FFMS, PORDATA, 2017a).

Gráfico 1: Esperança de vida à nascença na Europa, em 2016



Fonte: FFMS, PORDATA (2017a)

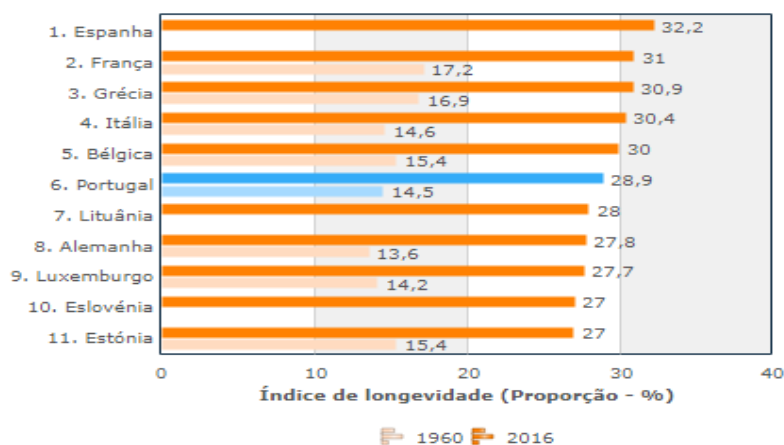
Segundo a análise do Gráfico 1, Portugal apresenta uma Esperança média de vida à nascença de 81,3 anos, em 2016, que comparando com 1960, altura em que se esperava viver até aos 64 anos, revela claramente o envelhecimento da população e uma esperança de vida de mais 17 anos. Os mesmos dados mostram que em média, maioritariamente toda a população da Europa espera viver até aos 80 anos.

A longevidade, está diretamente relacionada com o envelhecimento da população, pois reflete uma crescente diminuição nas taxas de mortalidade. Esta provém da redução nas mortes durante os primeiros anos de vida; menor número de mortes na idade adulta; novos tratamentos para doenças e um melhor nível de instrução e mais consciência sobre a saúde (Papalia et al., 2013).

Estatisticamente, o Índice de longevidade representa-se pelo número de pessoas com 75 anos e mais anos por cada 100 pessoas com 65 anos e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa (FFMS, PORDATA, 2018f).

O gráfico seguinte mostra o Índice de longevidade na Europa, onde Portugal, em 2016, apresenta uma proporção de 28,9% em relação aos 14,5% que apresentava em 1960, o que indica que em 56 anos, as pessoas passaram a viver mais anos (FFMS, PORDATA, 2018f).

Gráfico 2: Índice de longevidade na Europa, em 2016.

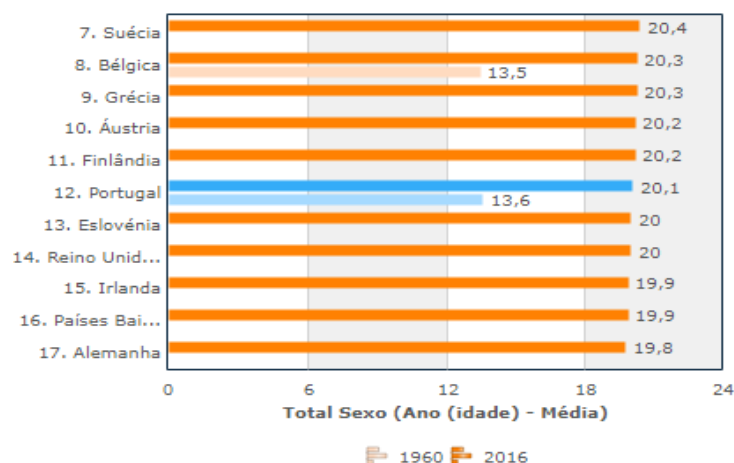


Fonte: FFMS, PORDATA (2018f)

A Esperança de vida aos 65 anos, também é um indicador da longevidade, caracterizando-se pelo número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65 anos, pode esperar ainda viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência (FFMS, PORDATA, 2017b).

Em Portugal, em 2016, a percentagem de pessoas com 65 e mais anos que esperam viver mais, apresentam uma esperança de vida de ainda mais 20 anos, em comparação com 1960, onde esperavam viver mais 13,6 anos. O que potencia o envelhecimento populacional, como indica o gráfico seguinte:

Gráfico 3: Esperança de vida aos 65 anos: por sexo, na Europa, em 2016



Fonte: FFMS, PORDATA (2017b)

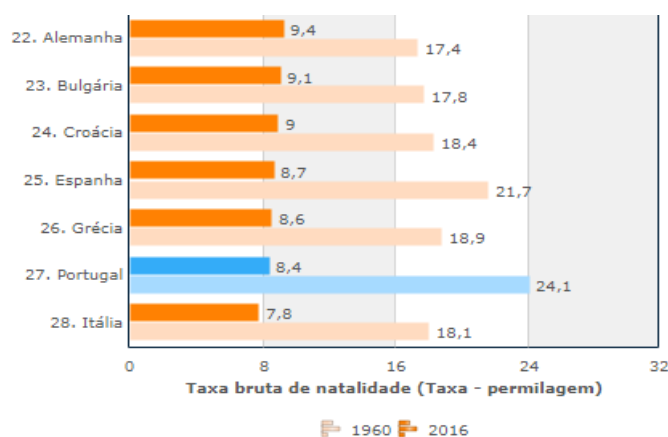
Segundo Arango (2013), viver mais e ter uma melhor qualidade de vida hoje em dia, não é um acontecimento fortuito, mas sim, a soma de muitas outras situações, tais como a redução do número de filhos por mulher, que já se encontra abaixo do nível de reposição.

A WHO (2005), também revela que o aumento do número de anos relaciona-se com a redução da fertilidade e das taxas de natalidade e do acréscimo da longevidade na terceira idade. Mundialmente, evidenciam-se quedas importantes nas taxas de natalidade, e estima-se que em 2025, a maioria dos países apresentam taxas de natalidade abaixo dos níveis de reposição (Schneider & Irigaray, 2008).

A taxa de natalidade de cada país revela a expectativa de vida e a longevidade da população, pelo que se caracteriza como a relação entre o número de nados-vivos durante o ano e a população média desse ano. Esse valor é expresso por 1000 habitantes (FFMS, PORDATA, 2018g).

Como confirma o gráfico seguinte, onde se pode verificar que em Portugal, em 1960, nasceram mais pessoas do que em 2016, com uma redução de cerca de 15,7 por milagem de nascimentos totais. O que acontece igualmente em toda a Europa, apresentando um decréscimo do número de nados-vivos por 1000 habitantes (FFMS, PORDATA, 2018g).

Gráfico 4: Taxa bruta de natalidade na Europa, em 2016.

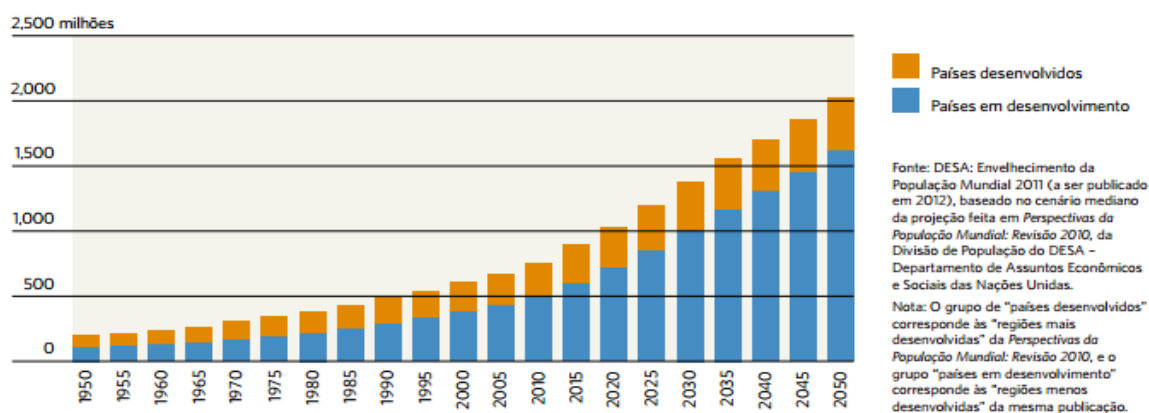


Fonte:FFMS, PORDATA (2018g)

O envelhecimento da população torna-se assim um facto real no mundo, em países com vários níveis de desenvolvimento, e está a progredir gradualmente e mais rapidamente nos países em desenvolvimento. Dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, sete são países em desenvolvimento (UNFPA, 2012).

O gráfico seguinte demonstra o envelhecimento da população mundial até 2011, com projeção até 2050.

Gráfico 5: Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2015.



Fonte: UNFPA (2012)

Nas previsões estudadas, a Europa apresenta tendencialmente uma percentagem maior de envelhecimento do que outros continentes, mas os dados evidenciam o crescimento do envelhecimento mundialmente (UNFPA, 2012).

O Índice de envelhecimento é um indicador real do envelhecimento populacional e tem vindo a aumentar rapidamente nos últimos anos. Segundo a base estatística PORDATA, este índice caracteriza o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos, onde um valor inferior a 100% significa que há menos idosos do que jovens (FFMS, 2018b).

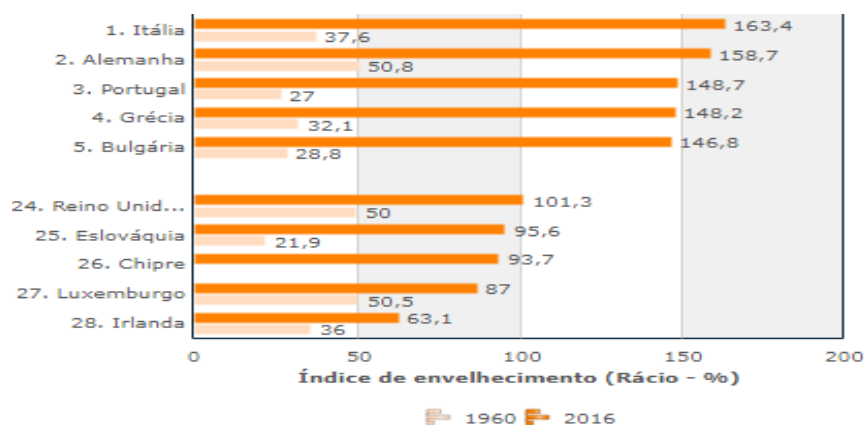
Em Portugal, o Índice de envelhecimento, em 2016, é de 148,7%, o que confirma o envelhecimento populacional e que existem cada vez mais idosos (FFMS, PORDATA, 2018d).

O número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez em Portugal, no ano de 2000 (INE, 2015).

Os países da Europa que apresentam mais envelhecimento populacional são a Itália, Alemanha e Portugal, sendo que Portugal apresenta um Índice de envelhecimento elevado, que em comparação com 1960, cresceu 121,2%, em 56 anos, o que indica que para cada 100 jovens, existem aproximadamente 148 idosos (FFMS, PORDATA, 2018d).

Os países com menores percentagens de idosos são a Irlanda, Luxemburgo e Chipre, embora, desde 1960 até 2016, também tenham apresentado um rápido crescimento da população envelhecida (FFMS, PORDATA, 2018b), conforme mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 6: Índice de envelhecimento na Europa, em 2016



Fonte: FFMS, PORDATA (2018b)

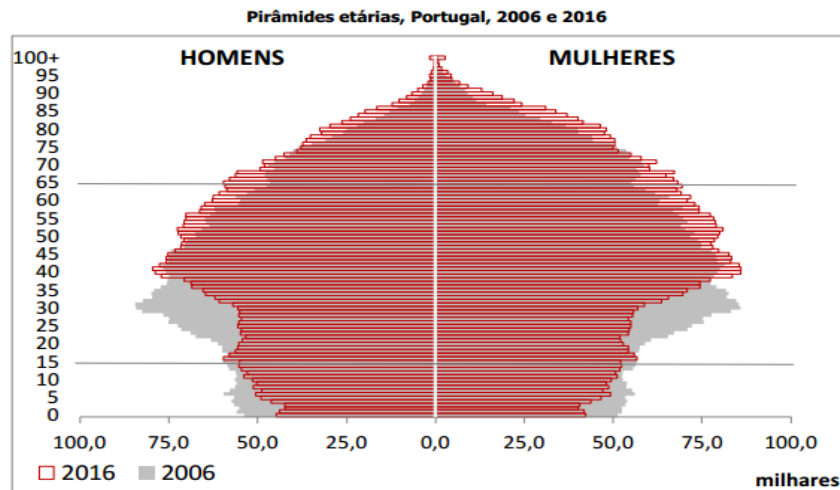
Portugal, é caracterizado assim, como um país envelhecido e encontra-se em terceiro lugar no grupo de países com mais idosos da Europa, e paralelo a este fenómeno, enfrenta outros problemas de ordem social e económica, como o aumento das taxas de desemprego e desigualdades nas pensões da segurança social (INE, 2015).

O crescimento da população idosa é também um problema social. O fenómeno demográfico do envelhecimento resulta da queda nas taxas de mortalidade e natalidade e do aumento da esperança de vida e das suas implicações nas relações sociais. Estas taxas baixas, provocam um estreitamento da base das pirâmides etárias, porque diminuem os grupos populacionais mais jovens, e o alargamento do topo das pirâmides, onde aumentam os grupos etários mais velhos (INE, 2015).

Em Portugal, segundo o INE (2017), a estrutura etária da população em 2016, acentuou os desequilíbrios já evidenciados na década passada.

Analisemos a pirâmide etária da população portuguesa, entre 2006 a 2016, no seguinte gráfico:

Gráfico 7: Estrutura etária da população por grandes grupos etários, Portugal, 2006 - 2016.

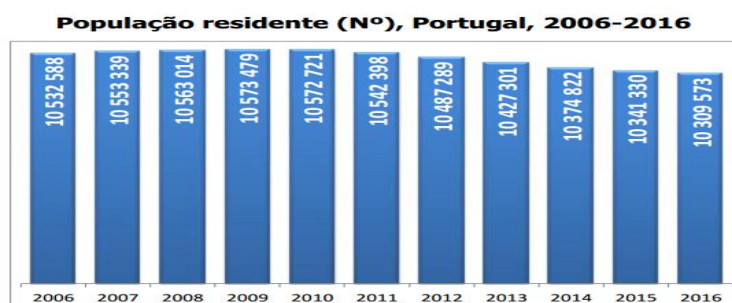


Fonte: INE (2017)

É visível através da sobreposição das pirâmides etárias de Portugal, no período de 2006-2016, o envelhecimento demográfico, onde a base da pirâmide apresenta um estreitamento e o topo se encontra alargado. Segundo o INE, (2017), o número de idosos aumentou em 328.961 indivíduos, o número de jovens diminuiu em 214.572 e o número de pessoas em idade ativa também se reduziu em 337.404. A idade média da população residente em Portugal, em 10 anos, passou de 40,8 para 43,9 anos, com um aumento de 3,1 anos (INE, 2017).

Em 2016, a população residente em Portugal era de 10.309.573 pessoas (INE, 2017), conforme demonstra o gráfico seguinte:

Gráfico 8: População residente em Portugal, 2006-2016



Fonte: INE (2017)

Das 10.309.573 pessoas, 4.882.456 são homens e 5.427.117 são mulheres (INE, 2017).

A população residente em Portugal, em 2016, com 65 ou mais anos, era de 2.158.732 (INE, 2017).

Em 2006, residiam em Portugal, por cada 100 jovens, 112 pessoas idosas que aumentaram, em 2016, para 151 pessoas idosas por cada 100 jovens residentes (INE, 2017).

Na perspetiva funcional, com o envelhecimento da população, aumenta a quantidade de pessoas idosas dependentes por alterações da capacidade física decorrente de doenças crónicas, conduzindo a uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros (Melo et al., 2014).

Existe uma relação entre o aumento do Índice de envelhecimento, acompanhando a diminuição do Índice de dependência total e de dependência de jovens com o aumento do Índice de dependência de idosos e longevidade, o que justifica o envelhecimento populacional, mas também revela que os idosos estão mais dependentes (FFMS, PORDATA, 2018b).

A tabela seguinte, demonstra que o conjunto destes cinco indicadores, influenciam o envelhecimento da população:

Tabela 1: Indicadores de envelhecimento em Portugal, 2008-2016.

Anos	Rácio - %				Proporção - %	
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade	Índice de sustentabilidade potencial
2008	115,1	50,1	23,3	26,8	46,4	3,7
2009	117,8	50,3	23,1	27,2	46,9	3,7
2010	121,6	50,8	22,9	27,9	47,6	3,6
2011	125,8	51,2	22,7	28,5	48,3	3,5
2012	129,4	51,7	22,5	29,1	48,7	3,4
2013	133,5	52,2	22,4	29,9	48,9	3,3
2014	138,6	52,8	22,1	30,7	49,0	3,3
2015	143,9	53,2	21,8	31,4	49,0	3,2
2016	148,7	53,8	21,6	32,1	48,8	3,1

Fonte: FFMS, PORDATA, (2018b)

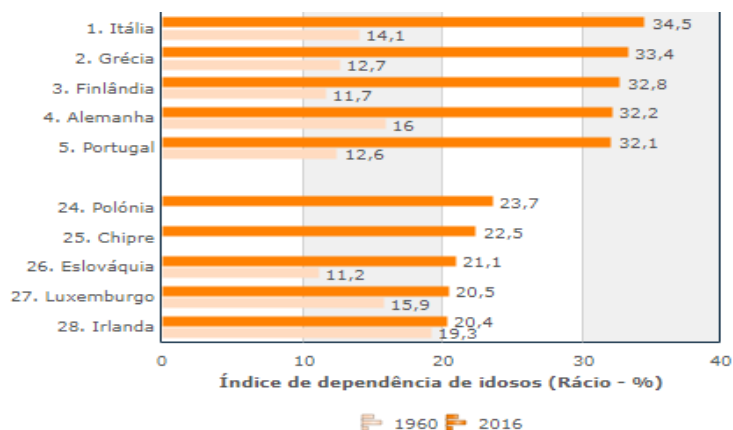
Confirma-se que os Índices de envelhecimento; dependência total; dependência de idosos e de longevidade estão relacionados e têm tendência a aumentar, enquanto que o Índice de dependência de jovens e de sustentabilidade apresentam uma ligeira diminuição.

Verifica-se pelos indicadores da Tabela 1, que o Índice de dependência de idosos, em Portugal, aumentou nos últimos anos, sendo caracterizado pelo número de pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 pessoas em idade activa, entre 14 a 64 anos, Um valor inferior a 100, significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa (FFMS, PORDATA, 2018c).

A análise da Tabela 1 demonstra que o Índice de dependência de idosos ainda é inferior a 100%, mas que têm vindo a aumentar progressivamente o que revela que está a aumentar o número de idosos em relação à população ativa.

Analisemos o gráfico do Índice de dependência de idosos na Europa, em 2016:

Gráfico 9: Índice de dependência de idosos na Europa, 1960- 2016



Fonte: FFMS, PORDATA (2018c)

Conforme mostra o Gráfico 9, o Índice de dependência de idosos em Portugal, apresenta uma percentagem de 32,1%, em 2016, em comparação com 12,6% em 1960, o que é indicador que existem 32 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, e que este número está a aumentar o que pode provocar à população ativa mais obrigações e responsabilidades para com a população idosa.

Por outro lado, a estrutura clássica das famílias, também acompanhou a evolução e sofreu alterações ao longo dos tempos, verificando-se um aumento de domicílios unipessoais para a população de 60 anos e mais (Camargos, Rodrigues & Machado, 2011).

A formação crescente de domicílios unipessoais deve-se ao aumento das condições económicas; diminuição da rede familiar; alterações no estilo de vida e privacidade; aumento dos serviços no domicílio e aumento da independência do indivíduo; devido à evolução tecnológica e consequente urbanização (Camargos et al., 2011).

Assim, pode-se referir, que a situação familiar ou domiciliar, reflete o efeito da evolução demográfica, socioeconómica e de saúde ocorrida nas etapas anteriores do ciclo de vida (Camargos et al., 2011).

A viuvez, as separações, os recasamentos, a decisão de não viver com os filhos e as migrações, transformam ao longo do tempo, tipos distintos de estruturas familiares, que podem colocar a pessoa idosa, em situação de segurança ou de vulnerabilidade (Camargos et al., 2011).

As famílias clássicas, segundo o INE (2011), caracterizam-se pelo conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e possuem um de grau de parentesco entre si, podendo ocupar totalmente ou parte do domicílio. Considera-se uma família clássica unipessoal quando uma pessoa ocupa integralmente um domicílio e é independente pelas despesas de alojamento, em termos económicos (INE 2011).

Em Portugal, em 2016, viviam 477.500 idosos sozinhos, (FFMS, PORDATA, 2018a), e este valor tem vindo a aumentar nos últimos anos, conforme demonstra a tabela seguinte:

Tabela 2: Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos, Portugal.

Anos	Agregados domésticos unipessoais	
	Total	De indivíduos com 65+ anos
2008	987,4	402,7
2009	692,9	405,4
2010	710,2	416,8
2011	± 770,1	± 422,8
2012	783,6	418,1
2013	794,5	422,2
2014	850,9	443,3
2015	881,7	465,3
2016	885,0	477,5

Fonte: FFMS, PORDATA (2018a)

Atendendo o envelhecimento como um fenómeno progressivo a nível mundial e nacional, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, da OMS, defende a implementação de estratégias, através da mudança nas políticas de prestação de cuidados, olhando o envelhecimento de uma forma integral e centrado cuidados nas populações mais velhas, para que estas vivam em conforto e harmonia, e às formas de corrigir os problemas e injustiças inerentes aos sistemas sociopolíticos atuais (WHO, 2015).

1.3 Envelhecimento e Saúde: Novas Abordagens na Promoção do Envelhecimento Saudável

O processo de envelhecimento exige novos olhares sobre a velhice e novas formas de pensar as políticas públicas de saúde, a OMS refere que o envelhecimento da população a nível mundial, acaba por ser um dos problemas que mais deve preocupar a governação pública no século XXI (WHO, 2015).

Deve-se adotar uma abordagem multidimensional para entender a relação entre o envelhecimento e saúde, que capacite as habilidades individuais, mentais e físicas do idoso através de estratégias realizadas pelos profissionais de saúde em parceria com outras áreas, idosos, família e comunidade (Ilha et al., 2016).

Consequentemente, tem-se assistido à promoção dos direitos humanos dos mais velhos, existindo uma maior preocupação da política mundial em desenvolver estratégias e orientações que visem a autonomia e independência dos idosos, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para todos (Ilha et al., 2016).

Fala-se hoje, mais que nunca, em envelhecimento e participação ativa, sendo uma necessidade de saúde que promove uma conceção mais ampla de intervenção, além do cuidado clássico com ações preventivas da natureza individual, a promoção da saúde é definida com estratégias que abrangem todos os determinantes da saúde (Ilha et al., 2016).

No processo de envelhecimento ativo, é necessário apreciar os vários aspectos que atuam e interagem entre eles, incluindo a componente física, social, emocional e cognitiva, habitacional e económica, como também a alimentação, exercício e comportamentos de risco (Ilha et al., 2016).

A WHO (2015), define este conceito como a otimização de oportunidades de saúde, participação, e segurança para melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem, reconhecendo a saúde como uma satisfação física, mental e social e não apenas a alterações na saúde e o processo de doença.

Entende-se assim um desafio nos cuidados de Enfermagem às pessoas idosas, conseguir contribuir para que estas encontrem oportunidades de viver com a máxima qualidade de vida possível (Rosário, Wiechoreck, Parizotto, Argenta, & Lucena, 2015).

Ao desenvolver respostas de saúde para o envelhecimento, devem-se ter em conta intervenções que melhorem as perdas associadas ao envelhecimento, como também aquelas que podem reforçar a recuperação, adaptação psicossocial e crescimento da pessoa idosa (WHO, 2015).

Os cuidados integrados e o apoio a longo prazo devem ser estratégias implementadas, bem como as políticas sociais devem favorecer a participação social dos idosos continuamente (WHO, 2015).

O envelhecimento não significa apenas doença e exclusão social, apontando-se as intervenções grupais como fornecedoras de uma interação social integrante, de socialização e partilha de experiências e ajudam os idosos no processo de adaptação e aceitação do envelhecimento (Ilha et al., 2016).

É também necessário realçar a importância de implementar políticas de proteção social, que assegurem a renda económica e o acesso facilitado a serviços de saúde e sociais para todas as pessoas idosas, disponibilizando uma rede de saúde, segurança económica, habitacional e rodoviária (UNFPA, 2012), permitindo que mais pessoas idosas alcancem trajetos positivos no processo do envelhecimento (WHO, 2015).

As intervenções grupais podem fornecer, através da interação entre as pessoas, um ambiente acolhedor, de socialização e partilha de experiências que ajudam os idosos no processo de adaptação e aceitação do envelhecimento (Ilha et al., 2016).

Um estudo de Dias & Tavares (2013), citado por Ilha et al. (2016), salienta que a participação de idosos em atividades de grupos educacionais, contribui para uma vida mais saudável, considerando a estratégia de criação de espaços comunitários de lazer e de educação para a saúde, como um incentivo à participação social e à monitorização do estado de saúde do idoso.

Por outro lado, a capacitação de cuidadores é essencial para assegurar o acesso à informação correta e treino no cuidado destas pessoas. Deve ser oferecido um melhor suporte a todos os cuidadores, particularmente para situações de longo prazo e para idosos cuidadores. (UNFPA, 2012)

A Direção-Geral de Saúde [DGS] também engloba o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, contribuindo, através de estratégias, para a promoção de um envelhecimento saudável e para a criação de recursos que satisfaçam as novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, com a sua participação activa na promoção da sua saúde, autocuidado e saúde mental e social (DGS, 2006).

Estas medidas aumentam a responsabilização de todos, nomeadamente dos profissionais de saúde, a quem compete desenvolver atividades que respondam às necessidades atuais da população envelhecida.

A saúde deve ser perspectivada como uma trajetória da pessoa mais velha a todos os níveis, em vez de se considerar apenas um estado de doença ou comorbilidade que se aproxima do fim do ciclo de vida.

1.4 Enfermagem, Saúde Comunitária e Envelhecimento

O crescimento da população idosa, faz aumentar o número de pessoas com doença crónica e conseqüentemente, o aumento da procura dos serviços de saúde (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2013).

As alterações sociodemográficas, os indicadores de morbilidade e as doenças crónicas traduzem novas necessidades de saúde das pessoas idosas, reconhecendo cada vez mais o papel dos cuidados de saúde primários (Regulamento n.º 128/2011).

Os cuidados de saúde primários, conforme a lei pressupõe são: “(...) o pilar central do sistema de saúde (...) constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação e continuidade de cuidados” (Decreto-Lei n.º 28/2008, p.1182).

A Promoção da Saúde acaba por ser um dos pilares dos cuidados de saúde primários e da Enfermagem comunitária e visa aumentar a capacidade das pessoas e comunidades para controlar e melhorar a sua saúde (Carta de Ottawa, 1986).

Pensar os cuidados de saúde aos idosos nos dias de hoje, implica também pensar a Enfermagem como uma ciência especializada e humanizada que perspectiva promover a consciência de todos de que o processo de envelhecimento é natural e saudável, e que as pessoas idosas devem estar aptas para identificar e satisfazer as suas necessidades e a modificar ou reintegrar-se no meio envolvente (Carta de Ottawa, 1986).

A saúde das pessoas idosas depende dos recursos sociais e pessoais, bem como das capacidades físicas, e a Promoção da Saúde não compete apenas à área da saúde, mas a todas as áreas, pois exige estilos de vida saudáveis (Carta de Ottawa, 1986), na medida em que a pessoa idosa adote um estilo de vida capacitante e entenda que o fato de envelhecer não o exclui de exercer as suas AVD.

A literatura afirma que os enfermeiros dos cuidados primários são profissionais que, uma vez capacitados, poderão trazer contribuições relevantes para a informação e reorganização das intervenções e concretização das políticas de saúde direcionadas ao idoso (Rinaldi, Campos, Lima & Sodré, 2013).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], no seu capítulo II, artigo 4º, define a Enfermagem como a:

“(...) profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, p.2960)

A Enfermagem Comunitária assenta a sua prática na comunidade, com o foco principal na saúde dos indivíduos, famílias e grupos desta, e entende as necessidades da população por

meio da experiência com pessoas e famílias e trabalha através dos seus problemas sociais e de saúde (Potter et al., 2013). Desenvolve uma prática abrangente, constituindo um modelo de cuidados que alcança a todos na comunidade, onde focaliza a sua intervenção na pessoa e grupos, em vez da institucional, e atua principalmente fora da instituição, promovendo o conhecimento e a educação para a saúde na comunidade (Potter et al., 2013).

A intervenção em Enfermagem comunitária ocorre em ambientes comunitários como o domicílio, envolve a segurança e cuidados em situações agudas ou crónicas de doença, de indivíduos e família, visando aumentar a sua capacidade de autocuidado e autonomia, mantendo os seus valores respeitados e incorporados (Potter et al., 2013).

Uma forma de aumentar a autonomia e autocuidado dos indivíduos, famílias e grupos na comunidade é por meio de um modelo de cuidados de saúde colaborativo, atuando os enfermeiros como parceiros de desenvolvimento do cuidado comunitário (Potter et al., 2013).

Conhecendo as necessidades e recursos da comunidade, o enfermeiro comunitário deve colaborar com os líderes comunitários para estabelecer programas de promoção de saúde e prevenção da doença. Isto requer trabalhar com sistemas altamente resistentes e sensibilizá-los para as necessidades populacionais (Potter et al., 2013).

Nos cuidados de saúde primários, uma possibilidade que nos permite um maior contato com a realidade do idoso, é a realização da visita domiciliária, pois esta permite uma conceção da realidade e contexto em que as pessoas habitam, o que pode estar relacionado com fatores influenciáveis na sua qualidade de vida e saúde (DGS, 2006).

A visita domiciliária origina uma ligação com a pessoa idosa, contínua no tempo, através de contatos periódicos e presenciais, e podendo ser multidisciplinar, promove o envolvimento dos idosos em atividades lúdicas, recreativas e culturais e apoia na resolução de situações pontuais que necessitem, a vários níveis. Constituindo assim, um desafio constante à responsabilidade individual e colectiva, pensando o envelhecimento ao longo da vida, onde a prestação de cuidados de saúde e de apoio social devem ser integrados e centrados em equipas multidisciplinares e indispensáveis do sistema de saúde para responder às necessidades dos mais velhos (DGS, 2006).

Os enfermeiros devem ter habilidades para atuar em defesa daqueles de quem cuidam, comunicando as preocupações das pessoas e projetando novos sistemas de cooperação com os já existentes, para ajudar a tornar efetiva a prática de Enfermagem na comunidade. Práticas bem sucedidas envolvem a construção de relações com a comunidade e suas entidades na sensibilização às mudanças dentro da mesma (Potter et al., 2013).

Assim, o enfermeiro em contexto comunitário, deve ser capacitado e competente na avaliação, diagnóstico, planejamento, cooperação, implementação e análise dos problemas promovendo soluções para uma comunidade mais saudável (Potter et al., 2013).

O Código Deontológico da profissão de Enfermagem confere a responsabilidade para com a comunidade na promoção da saúde, no dever de conhecer as necessidades da população; participar e orientar a população na busca de soluções e colaborar com outras áreas profissionais para responder às necessidades encontradas (Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro).

Intervindo a Enfermagem comunitária em variados contextos, nomeadamente em grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças culturais (Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro), tem presente que a sua ação passa por fornecer cuidados diretos a subpopulações dentro de uma comunidade, revelando preocupação com a comunidade como um todo (Potter et al., 2013).

O enfermeiro comunitário deve atender com especial atenção às necessidades das populações vulneráveis. Estas são grupos de pessoas que são mais propensos a desenvolver problemas de saúde, como resultado de excesso de riscos para a saúde, que têm acesso limitado aos serviços de saúde e que dependem de políticas para o atendimento (Potter et al., 2013).

Exemplos de populações vulneráveis são grupos de indivíduos que vivem na pobreza, idosos, desabrigados, imigrantes, pessoas com relacionamentos abusivos, toxicodependentes e pessoas com doenças mentais (Potter et al., 2013).

A Enfermagem Comunitária, no cuidado à pessoa idosa, precisa de se centrar nas características evidentes do envelhecimento e agir com efetividade na escolha de intervenções de forma integral e personalizada (Potter et al., 2013). Necessita enfim, de um olhar sobre a

saúde dos idosos a partir de um contexto mais amplo, compreendendo como estes entendem a sua saúde e se as medidas tomadas para manter a sua saúde, melhoram a funcionalidade e a qualidade de vida (Potter et al., 2013).

1.4.1. Referenciais teóricos de Enfermagem no cuidado à pessoa idosa

A Enfermagem sendo considerada uma arte do cuidar que interage com os indivíduos de forma holística e integral, baseia-se em teorias sobre o cuidar que proporcionam reflexão e aperfeiçoamento da prática profissional e orientam e centram os cuidados, nos seguintes referenciais: pessoa, interação pessoa e meio ambiente e na relação terapêutica enfermeiro/pessoa (Saviato & Leão, 2016).

Compreender a natureza de cada pessoa, a sua interação com o meio ambiente e o impacto que essa interação tem na sua saúde, ajuda na adaptação dos cuidados que devem ser o grande objetivo das teorias de Enfermagem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

É importante que os cuidados de Enfermagem sejam fundamentados em teorias, onde o enfermeiro consegue, através da cientificidade, cuidar do ser humano, em qualquer faixa etária, tentando satisfazer as necessidades sentidas (Silveira & Robazzi, 2014).

Os referenciais teóricos na Enfermagem promovem o empenho e compromisso por parte dos enfermeiros, daí ser imprescindível a sua implementação para que a profissão evolua enquanto ciência humana e técnica (Silveira & Robazzi, 2014).

Atualmente, as teorias de Enfermagem são adotadas por diversas instituições de saúde, como hospitais, centros de saúde e universidades, a sua utilização é de grande relevância no que diz respeito à fundamentação da prática, visto que proporciona a valorização do conhecimento da profissão e a relação deste com a atuação do enfermeiro (Saviato & Leão, 2016).

Na Enfermagem, as teorias sustentam os cuidados prestados, no sentido em que o estudo científico que as envolve, transforma os cuidados de Enfermagem numa ciência, pois são baseados numa justificação e razão evidente sobre como a Enfermagem realiza e fundamenta as suas intervenções (Potter et al., 2013).

O fenómeno crescente do envelhecimento, associa-se a modificações a vários níveis na vida da pessoa que determinam a capacidade de autocuidado e adaptação da pessoa idosa ao meio ambiente, potenciando a vulnerabilidade da sua saúde.

O autocuidado é comum a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo de vida (Orem, 1971).

Numa perspetiva de promoção do autocuidado nas pessoas idosas, a Teoria do Autocuidado, formalizada por Dorothea Orem (1993), acaba por ser de relevante importância devido à promoção do autocuidado na pessoa que lida com perdas das capacidades físicas, mentais e sociais, que advém do envelhecimento.

Dorothea Orem investigou sobre a prática e ensino em Enfermagem, explicando que uma das necessidades humanas é a capacidade de se autocuidar e que a Enfermagem ajuda na obtenção e manutenção dessas capacidades, revelando a responsabilidade da Enfermagem, com a necessidade que o indivíduo tem de se autocuidar diariamente para manter a qualidade de vida e de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

A teórica define autocuidado como:

“(…)a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas; desempenham-se dentro de espaços de tempo, em seu benefício próprio, com o intuito de preservar a vida e de dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem estar pessoal”. (Orem, 1993, p.213)

A Teoria do Autocuidado de Orem, é composta por: Teoria do Autocuidado; Teoria do Défice do Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A teoria descreve ainda tipos de sistemas de Enfermagem: totalmente compensatório (fazer pela pessoa); parcialmente compensatório (ajudar a pessoa a fazer sozinha) e apoio-educação (ensinar a pessoa a fazer sozinha) (Orem, 1993).

Os cuidados de Enfermagem são necessários quando o indivíduo não é capaz de desempenhar as suas necessidades funcionais, mentais e sociais (Potter et al., 2013).

A Teoria do Autocuidado pode constituir um referencial teórico para o cuidado à pessoa idosa, no sentido em que esta precisa de desenvolver atividades diárias para manter o bem-estar e tornar-se agente do seu cuidado. E quando não consegue realizar essas ações, outra pessoa o fará para satisfazer as suas necessidades (Pires, Santos, Santos, Brasil & Luna, 2015).

Outra dimensão da teoria é a Teoria do Défice de Autocuidado, que consiste no resultado insuficiente entre as capacidades de autocuidado e a procura de cuidado terapêutico. As capacidades de autocuidado estão diminuídas em relação às necessidades, demonstrando a necessidade da pessoa obter informação e aptidões para solucionar as suas próprias necessidades, criando a utilidade da intervenção de Enfermagem (Pires et al., 2015).

Nas pessoas idosas existe maioritariamente este défice, sendo que há perda de autonomia e capacidade funcional, onde a faculdade de se autocuidarem, está muitas das vezes, diminuída, em relação às necessidades que apresentam, constituindo o cuidado de Enfermagem necessário, quando a pessoa é incapaz de satisfazer as necessidades biológicas, psicológicas e/ou sociais (Potter et al., 2013).

Para Orem, o cuidado de Enfermagem é fundamentado nas necessidades de autocuidado e na capacidade que a pessoa apresenta para desempenhar as AVD (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Na intervenção de Enfermagem, deverá se estabelecer uma relação empática entre o enfermeiro e a pessoa, de forma a identificar o diagnóstico real da situação quanto às necessidades e quais as intervenções de Enfermagem para compensar as dificuldades de autocuidado (Pires et al., 2015).

Deste modo, se for uma pessoa idosa, as necessidades serão identificadas com vista a serem satisfeitas e restabelecidos, ao máximo, os níveis da sua saúde e autocuidado (Pires et al., 2015). A pessoa idosa deverá integrar a comunidade, para nela se reabilitar, promovendo a sua saúde e autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

É viável a aplicabilidade desta teoria, através de intervenções de apoio de Enfermagem que disponibilizem o conhecimento e aquisição de habilidades para as pessoas idosas se

autocuidarem, resultando na adaptação e minimização dos impactos das perdas decorrentes do processo de envelhecimento (Beleza, Figueiredo, Santiago & Luz, 2013).

As ações de Enfermagem visam equilibrar as capacidades funcionais do idoso, tais como: locomoção, nutrição, sono e repouso, diversão, medicação e distúrbios emocionais e sociais (Beleza et al., 2013).

A Enfermagem também deve vigiar e manter a integridade estrutural do idoso. O profissional deve considerar as alterações provocadas pelo envelhecimento, que se manifestam na fragilidade; na diminuição da força física; no atraso do processamento de informação e na presença de doenças crônicas (Beleza et al., 2013).

O enfermeiro deve apoiar a pessoa idosa a adaptar-se às mudanças, de uma forma promotora de saúde, conservando a sua individualidade, autonomia e integridade pessoal (Beleza et al., 2013).

O argumento teórico e a valorização de aspectos funcionais e ambientais podem contribuir fortemente para uma maior magnitude dos cuidados de Enfermagem à pessoa idosa, e conseqüentemente, melhorar a recuperação desta população (Saviato & Leão, 2016).

O fenômeno progressivo do envelhecimento relaciona-se com transformações a vários níveis na vida das pessoas idosas, que determinam a capacidade de se autocuidarem e adaptarem ao meio ambiente, potenciando a vulnerabilidade da sua saúde (Saviato & Leão, 2016).

Também na área do envelhecimento, Carol Miller, desenvolveu a Teoria das Consequências Funcionais, onde a intervenção de Enfermagem considera a relação entre as alterações provocadas pelo envelhecimento (físicas, psicológicas e espirituais) e fatores de risco, que aumentam a fragilidade do idoso a conseqüências funcionais negativas, e estas influenciam a qualidade de vida e a funcionalidade da pessoa idosa (Miller, 2012).

Para Miller, a intervenção de Enfermagem deve atenuar esses efeitos negativos e eliminar os fatores de risco, de forma a promover conseqüências funcionais positivas, como maior funcionalidade, mais autonomia e melhor qualidade de vida (Miller, 2012).

A figura que se segue demonstra a Teoria das Consequências Funcionais:

Figura 1 Teoria das Consequências Funcionais de Carol Miller



Fonte: Miller (2012, p. 21). A nursing model for promoting older people wellness and health (traduzido)

A Teoria das Consequências Funcionais abrange múltiplos fatores que são pertinentes ao envelhecimento e à Enfermagem holística (Miller, 2012).

Segundo esta teórica, o ambiente, a saúde e a Enfermagem estão relacionados e repercutem-se na vida das pessoas idosas, onde se desenvolvem consequências funcionais relacionadas com o avanço da idade e fatores de risco associados (Miller, 2012).

As consequências funcionais são efeitos observáveis de ações, fatores de risco e mudanças que influenciam a qualidade de vida ou atividades diárias das pessoas idosas. Os efeitos relacionam-se a todos os níveis de funcionalidade, envolvendo corpo, mente e espírito (Miller, 2012).

As consequências funcionais negativas são aquelas que interferem com o funcionamento ou a qualidade de vida dos idosos (Miller, 2012).

As consequências funcionais positivas (resultados de bem-estar) são as que favorecem um maior bem-estar, funcionamento, independência e qualidade de vida (Miller, 2012).

Na sua teoria, Miller refere que a pessoa idosa é um indivíduo complexo e único, cujo funcionamento e bem-estar são influenciados pela aquisição de mudanças e fatores de risco relacionados com a idade. Os fatores de risco potenciam a probabilidade da pessoa idosa vir a ser dependente de outras pessoas nas AVD (Miller, 2012).

Os fatores de risco são condições que aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa a consequências funcionais negativas. Os fatores de risco incluem doenças, ambiente, estilo de vida, sistemas de apoio, ambiente psicossocial, efeitos adversos de medicação e atitudes baseadas na falta de conhecimento (Miller, 2012).

Assim, para Miller, o objetivo dos cuidados de Enfermagem é minimizar os efeitos negativos das mudanças e fatores de risco relacionados com a idade e promover resultados saudáveis. Os objetivos são alcançados através do processo de Enfermagem, com ênfase na promoção da saúde e outras intervenções que amenizem as consequências funcionais negativas. Também os cuidadores informais devem ser inseridos integralmente nos cuidados de Enfermagem à pessoa idosa (Miller, 2012).

A saúde é a faculdade das pessoas idosas funcionarem na sua maior capacidade, apesar da presença de mudanças relacionadas à idade e fatores de risco, não se limitarem à função fisiológica e explorarem a função psicossocial e espiritual, numa abordagem de bem-estar e qualidade de vida (Miller, 2012).

O ambiente são as condições externas, incluindo os cuidadores, que influenciam o corpo, mente, espírito e funcionamento da pessoa mais velha. As condições ambientais são fatores de risco quando interferem na função e são intervenções quando solucionam vulnerabilidades (Miller, 2012).

As teorias do cuidar descritas sustentam a base teórica dos cuidados de Enfermagem à pessoa idosa, considerando que as pessoas estão inseridas num ambiente próprio e apresentam as suas dificuldades inerentes ao envelhecimento, e onde os cuidados de Enfermagem visam compensar as suas limitações, atuando com intervenções que orientem e forneçam apoio físico e psicológico, num ambiente promotor de desenvolvimento pessoal.

As organizações governamentais preconizam a necessidade de enfermeiros que diagnostiquem problemas de saúde e adotam medidas para proteger a saúde das pessoas, monitorizando a sua saúde, ensinando o próximo a cuidar de si mesmo e proporcionando ambientes capacitadores que envolvam a pessoa e comunidade (Pires et al., 2015).

2. METODOLOGIA E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste capítulo aborda-se a metodologia do Planeamento em Saúde e descrevem-se as suas etapas, que fundamentam o projeto de intervenção comunitária e referenciam-se outras metodologias utilizadas para complementar cada etapa do planeamento. Consideram-se também neste capítulo as questões éticas inerentes à implementação do projeto.

2.1 Metodologia do Planeamento em Saúde

Tendo em atenção que um dos objetivos de aprendizagem da UC Estágio e Relatório é demonstrar capacidade de implementar um projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do Planeamento em Saúde (Universidade de Évora, 2017), e que uma das competências esperadas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Regulamento n.º 128/2011, 18 de fevereiro), sendo a metodologia utilizada para o projeto desenvolvido, o Planeamento em Saúde, embora se tivesse recorrido a outras metodologias complementares, quando tal foi necessário, para responder às diversas etapas de desenvolvimento do projeto, como oportunamente será referido ao longo do relatório.

O Planeamento em Saúde, constitui um modelo para a ação no futuro, sendo um processo que seleciona um percurso de intervenção, na previsão contínua de recursos e intervenções necessárias para atingir os objetivos pretendidos, permitindo optar por soluções e respostas consoante o contexto das necessidades conhecidas e reais (Tavares, 1990).

Atualmente, Portugal apresenta o Plano Estratégico Trienal (2017-2019) da DGS, que em consonância com a visão estratégica do Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020, constituem uma oportunidade de compreender a situação atual do país, identificar novos desafios estratégicos e discutir prioridades de atuação (DGS, 2017).

Partindo da Visão da DGS (2017) de proteger e melhorar a saúde e bem-estar dos cidadãos, promovendo a segurança e a redução de iniquidades em saúde, onde todos alcancem o seu potencial de saúde, constituindo a elaboração do Plano Estratégico um leque de oportunidades, novas abordagens e iniciativas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011), o planeamento estratégico em saúde, permite assim intervir em múltiplos contextos, disponibilizando o acesso a cuidados de saúde eficazes e continuados na comunidade, visando o seu empoderamento, capacitação e cidadania, abrangendo os grupos vulneráveis, os diferentes contextos e a multiculturalidade.

A multiculturalidade e evolução acarretam alterações demográficas, e reflectem o envelhecimento da população trazendo novos desafios, para os quais as políticas dos países e sociedade têm de se adaptar e inovar na promoção do envelhecimento saudável e conservação da autonomia (OE, 2011).

O planeamento deve ter esta interação contínua com a realidade, influenciando-se mutuamente (Tavares, 1990), possuindo carácter multidimensional, uma vez que se encontra direcionado para as instituições e contexto socioeconómico em que se insere, de forma a tornar o processo mais realista e efetivo (Pereira, 2011).

O Planeamento em Saúde requer o envolvimento de recursos económicos e sociais que influenciam a saúde da população, constituindo um esforço de todos os intervenientes no problema real que se pretende solucionar (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Planeamento em Saúde processa-se através de seis etapas que intervêm na transformação da situação real para mais ganhos em saúde, sendo elas: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional, intervenção e a avaliação (Tavares, (1990); Imperatori & Giraldes, (1993)).

As etapas deste processo não se consideram completamente concluídas ao longo do tempo, pelo que é sempre possível e necessário retornar às etapas anteriores e selecionar novas informações que levem à reestruturação de cada etapa (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de saúde enquanto primeira etapa, consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades (OE, 2011), sendo identificados os problemas e necessidades de saúde da população em estudo (Tavares, 1990).

Na determinação de prioridades, são hierarquizados os problemas de saúde e identificados através de diferentes métodos e critérios que ordenam os problemas segundo a sua prioridade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os três critérios utilizados na prioridade dos problemas são: a magnitude (importância e dimensão); a transcendência (importância segundo os diferentes grupos etários) e a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção e relação entre os problemas e os fatores de risco) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Outros critérios a ter em conta nesta etapa são: a evolução (agravamento ou resolução do problema); irreversibilidade (maior prioridade a problemas irreversíveis); conformidade legal (legislação favorável à solução do problema); aceitação da população (recetividade, satisfação e controlo da população sobre o problema) e fatores económicos (relação custo-benefício e efeitos negativos na produtividade são prioritários) (Imperatori & Giraldes, 1993).

A fixação dos objetivos é a elaboração do resultado desejado em relação à priorização dos problemas identificados, modificando a tendência da sua evolução. Os objetivos deverão ser pertinentes e tecnicamente realizáveis, e por fim, mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma avaliação final que é traduzida em termos de indicadores de resultado ou de impacto. (Imperatori & Giraldes, (1993); Tavares, (1990)).

Um indicador é a relação entre uma atividade ou resultado esperado e uma população-alvo. Existem os indicadores de resultado ou de impacto e os indicadores de atividade ou execução. Um indicador de resultado ou impacto mede a alteração verificada num problema de saúde e um indicador de actividade ou de execução mede a actividade desenvolvida pelos

serviços de saúde com vista a atingir os indicadores de resultado (Imperatori e Giraldes (1993); Tavares (1990)).

Assim, fixar objetivos consiste em definir uma meta a atingir, sendo a forma de alcançá-los definida na seleção das estratégias. Já a escolha das estratégias deve ter em conta as diferentes soluções do problema identificado, bem como a análise de custo-oportunidade e benefício e efetividade que devem ser consideradas na tomada de decisão (Tavares, 1990).

Uma estratégia de saúde é entendida como um conjunto de técnicas estabelecidas para alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde. (Imperatori & Giraldes, 1993). Considera-se na escolha de estratégias de saúde, conhecer os recursos necessários e o potencial da estratégia, sendo estas realizáveis; e projetar os custos da implementação das estratégias e a adequação destas aos recursos existentes e futuros (Imperatori & Giraldes, 1993).

A preparação operacional é a implementação das atividades e intervenções necessárias à execução das estratégias escolhidas, através da criação de um cronograma de atividades e avaliação dos recursos necessários (Imperatori & Giraldes (1993); Tavares (1990)), onde se pretende planejar operacionalmente a intervenção ao longo do tempo.

A preparação operacional planeia e organiza as atividades a desenvolver, permitindo a visualização de barreiras à sua execução e prevê os recursos necessários à sua implementação (Imperatori & Giraldes, 1993).

A operacionalização da intervenção poderá organizar-se em programas e projetos, sendo um programa um conjunto de atividades que contribuem para a execução de uma estratégia e um projeto um conjunto de atividades que contribuem para a execução de um programa (Tavares, 1990). Outra característica que os diferencia é que um programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo e um projeto ocorre num período de tempo limitado (Imperatori & Giraldes, 1993).

A última etapa do planeamento na saúde é a avaliação, que deve ser direta na concretização ou não de um objetivo, confrontando-os com as estratégias. Uma avaliação correta permite comparar o início e fim do processo de planeamento, relacionando as estratégias com a pertinência dos objetivos e as necessidades identificadas (Tavares, 1990).

A avaliação, deve ser planeada no início do processo de planeamento com o objetivo de avaliar a concretização dos objetivos e da preparação operacional (Imperatori & Giraldes, 1993). Para avaliar os objetivos, definem-se os indicadores de resultado ou impacto e na preparação operacional, os de execução ou de atividade e avaliam também os resultados obtidos nos problemas (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação analisa os objetivos, estratégias e atividades em relação à estrutura, processo e resultados. A avaliação de estrutura refere-se aos recursos físicos (espaço, número e população). A avaliação de processo analisa a deteção do problema e continuidade dos cuidados. A avaliação de resultados analisa a satisfação das pessoas e consequências das intervenções na sua saúde. (Imperatori & Giraldes, 1993).

O Planeamento em Saúde ajuda o enfermeiro a contribuir para a investigação e a afirmação da Enfermagem enquanto ciência fundamentada. É através da investigação que se produz a cientificidade que sustenta a credibilidade da intervenção. A investigação é um contributo no Planeamento em Saúde, permitindo dar evidência, continuidade e inovação a todo o processo, na procura da melhor saúde para todos.

O Planeamento em Saúde constituiu a base metodológica do projeto e relatório de estágio, recorrendo-se a outras metodologias para complementar o diagnóstico de saúde e a determinação de prioridades e promovendo assim, a implementação da intervenção.

2.2 Metodologia de Investigação Participada de Base Comunitária

Para além do Planeamento em Saúde aliou-se a metodologia da Investigação Participada de Base Comunitária [IPBC], onde, através da observação direta das pessoas idosas, com a aplicação de métodos de colheita de dados, se realizou uma avaliação diagnóstica centrada na participação e descrição da situação e compreenderam-se as necessidades prioritárias de saúde e sociais, nas pessoas idosas isoladas que habitam numa das freguesias da zona rural do concelho de Silves.

Para encontrar as soluções e respostas efetivas aos problemas, a metodologia de IPBC, procura identificar as formas mais adequadas de implementar estratégias a nível local, principalmente no âmbito da promoção da saúde (Loureiro, Miranda & Miguel, 2013).

Na IPBC, a população é o alvo da investigação, que através da sua participação ativa vai construindo o próprio empoderamento dentro da comunidade. Conferindo à população local a envolvimento direta na análise e interpretação de resultados e escolhas de intervenção, em vez de serem apenas os investigadores ou os colaboradores a decidirem as intervenções de acordo com os seus interesses (Loureiro et al., 2013).

A junção desta metodologia ao Planeamento em Saúde, consistiu numa abordagem colaborativa e de planeamento que envolve de forma equitativa todos os parceiros e reconhece as forças que cada um traz ao processo de investigação, diagnóstico e definição de prioridades. Iniciou-se com a identificação de um tópico relevante para a ação, que foi a problemática do envelhecimento no concelho de Silves, no sentido de produzir mudança social necessária à melhoria da saúde e à eliminação das desigualdades (Loureiro & Miranda, 2010). Assim, envolveu-se nesta etapa a colaboração de várias entidades comunitárias que integram o GAPI, nomeadamente a GNR e a UCC.

Para complementar o diagnóstico de saúde, foi necessário primeiramente, identificar-se a população idosa residente no concelho de Silves e por freguesia.

Realizou-se um pedido de disponibilização dos dados sociodemográficos do concelho ao GAPI e GNR de Silves, possibilitando a cedência dos dados sobre a população idosa do concelho.

Durante o Estágio, participou-se nas reuniões do GAPI, onde colaboram elementos referenciados da GNR que desenvolvem ações preventivas e de segurança no projeto “Residência Segura”.

O projeto “Residência Segura” do âmbito da GNR, consiste em prevenir a ocorrência de furtos e roubos, encontrando-se atualmente sinalizadas a maioria das residências do concelho.

A GNR dispõe assim do acesso aos dados sociodemográficos da população, que no contexto do projeto “Residência Segura”, realiza o levantamento e sinalização do total de residências do concelho (Rede Social de Silves, 2016).

Nesta sequência e em resposta ao pedido de disponibilização dos dados sociodemográficos do concelho de Silves, foram facultados esses dados com autorização do GAPI e feito o levantamento da população idosa sinalizada pela GNR, em concordância com a problemática identificada.

Foi então oficializado o pedido formal à GNR para colaboração e acompanhamento de visitas domiciliárias às pessoas idosas isoladas de uma das freguesias rurais escolhidas. As visitas foram realizadas em junho de 2017, durante o diagnóstico de saúde, e foram entrevistadas as pessoas idosas isoladas referentes a uma das freguesias em estudo. Ao longo do desenvolvimento do projeto foi possível continuar a contar com a colaboração das várias entidades que integram o GAPI.

2.3 Instrumentos de Recolha e Tratamento de Dados

As necessidades das pessoas idosas isoladas foram identificadas através das visitas domiciliárias, onde se aplicou uma entrevista semiestruturada com questões de orientação pré-estabelecidas (Guião da Entrevista) (Apêndice I), nomeadamente: há quanto tempo vive aqui; costuma ter o apoio de alguém; o que mais sente falta neste momento; qual a diferença em morar aqui, com a sua idade, em relação ao tempo em que era mais novo e que ajudas considera que seriam úteis para si. Recorreu-se também à utilização de outros instrumentos de recolha de dados, como: o *Índice de Katz* e a *Escala de Graffar*.

A aplicação do *Índice de Katz* (Anexo I) permitiu medir o desempenho funcional da pessoa idosa e avaliou a pessoa idosa em seis atividades de vida diárias, posicionando a pessoa em

três categorias de classificação, como: independente, dependência moderada ou muito dependente (Apóstolo, 2012)

Para caracterizar a condição socioeconómica da pessoa idosa do ponto de vista social, foi utilizada a *Escala de Graffar* (Anexo II), que permitiu classificar a família unipessoal em cinco classes socioeconómicas: alta, média alta, média, media baixa e baixa (Figueiredo, 2012).

Com o conteúdo dos instrumentos de recolha de dados aplicados à população-alvo do projeto, foi realizada a análise de conteúdo e informação, que segundo Bardin (2009, p.44): "é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, por procedimentos objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores (...) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens".

Pretendeu-se analisar as respostas às entrevistas semiestruturadas, analisando a informação num todo, refletindo e ajustando os problemas identificados, tendo em conta a planificação das ações pretendidas no futuro.

No diagnóstico de saúde, foi tratada a informação e feita a análise de conteúdo referente às pessoas idosas isoladas de uma freguesia do concelho de Silves, e durante a implementação do projeto, na etapa da preparação operacional e intervenção, foram aplicados os mesmos instrumentos de recolha de dados à restante amostra populacional, conforme será descrito ao longo do relatório.

O tratamento estatístico dos resultados foi efetuado através do programa Microsoft Excel 2010.

2.4 Considerações Éticas

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, visto que o tratamento e abordagem da informação fornecida e recolhida se processaram sempre sob a prática de proteção de dados e confidencialidade.

Todas as pessoas idosas integrantes no projeto, aceitaram participar voluntariamente no e deram o seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em investigação (Anexo III). Para garantir o anonimato dos participantes e cumprir a proteção de dados foram atribuídos a cada entrevistado a designação de Idoso [I] seguida por número correspondente [I1; I2;...], não se referenciando dados e informações pessoais dos participantes, sob a conduta da confidencialidade e privacidade dos intervenientes.

Todos os intervenientes no projeto participaram de forma voluntária, desinteressada e solidária, não sendo beneficiados monetariamente nem gerando conflito de interesses.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve (Anexo IV) e à Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Anexo V), tendo ambas avaliado com parecer positivo o projeto de intervenção desenvolvido.

3. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Neste capítulo serão descritas as etapas do diagnóstico de saúde, através da caracterização física, estrutural, social e de saúde do concelho de Silves, que evidencia a problemática do envelhecimento no concelho, como um problema de saúde, que necessita de intervenções planeadas para mais ganhos em saúde. Identificando-se, depois da análise dos dados disponíveis, os problemas/necessidades da população idosa em estudo.

As metodologias utilizadas no diagnóstico de saúde, como referido anteriormente, foi o Planeamento em Saúde e a IPBC, tendo-se optado por um diagnóstico centrado na problemática do envelhecimento, visto esta ser uma das áreas de investigação preconizadas no Mestrado, assim direccionou-se o diagnóstico de saúde para o estudo deste fenómeno específico.

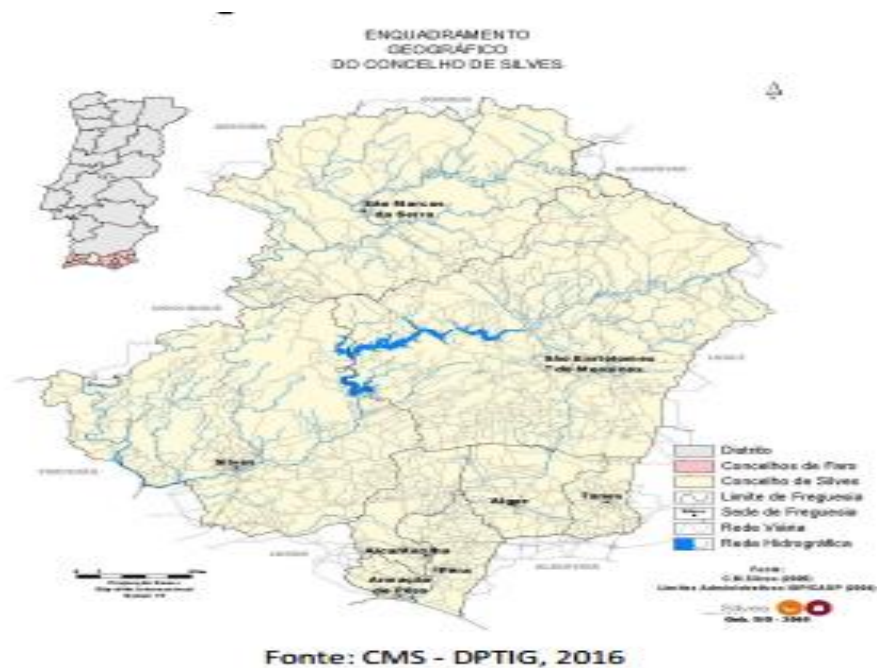
O diagnóstico de saúde permite obter um conhecimento das populações, na identificação e priorização das necessidades e problemas de grupos populacionais, pela aplicação de critérios, métodos e técnicas científicas que potenciam a participação activa dos cidadãos nas tomadas de decisão da sua saúde (OE, 2011).

3.1 Caracterização Física e Demográfica do Concelho de Silves

Silves é um concelho localizado na região do Algarve, com cerca de 14% da superfície da região e ocupa 0,74% da superfície total do país (Rede Social de Silves, 2016).

O concelho abrange uma área desde o Alentejo até ao litoral algarvio; com assimetrias históricas e geográficas (Rede Social de Silves, 2016), conforme demonstra a figura seguinte:

Figura 2: Território de Silves



Fonte: Rede Social de Silves, (2016)

A figura demonstra que o concelho, confina a Norte com o Alentejo e a Sul é banhado pelo Oceano Atlântico, mostrando realidades distintas do ponto de vista da ocupação e uso territorial, aspectos sócioeconómicos, demográficos e culturais (Rede Social de Silves, 2016).

Assim, de acordo com a Rede Social de Silves, (2016), o concelho, divide-se em:

- Zona Serrana, que ocupa cerca de 50% da superfície regional, apresenta solos pobres e reduzida utilização agrícola, o que provoca uma progressiva desertificação ecológica e humana, e onde habitam 1.352 residentes.
- Zona Barrocal, que constitui cerca de 25% da área regional, tem solos com elevada capacidade agrícola, onde habitam 25.935 residentes.

- Zona Litoral, que corresponde a uma estreita faixa junto à costa, onde se encontra a maior parte da actividade económica regional e os principais centros urbanos.

De 2005 a 2015, a população residente do Algarve aumentou cerca de 6%, onde em 2015, o Algarve apresentava uma estrutura populacional envelhecida, registando uma população jovem de 15% e uma população idosa de 21% (ARS Algarve, 2015).

O concelho representa 8% da população total, residente no Algarve, com um total, segundo o Censos (2011), de 37.126 habitantes (Rede Social de Silves, 2016).

O concelho de Silves é um concelho extenso, constituído por seis freguesias, nomeadamente: Alcantarilha e Pêra; Algoz e Tunes; Armação de Pêra; São Bartolomeu de Messines; São Marcos da Serra e Silves (Rede Social de Silves, 2016).

De acordo com as estatísticas, a taxa de Variação da População residente no Concelho, entre 2001 e 2011, constata que a faixa etária entre dos 15 aos 24 anos sofreu a maior quebra no número de habitantes do concelho, tendo as restantes faixas etárias sentido um ligeiro crescimento (Rede Social de Silves, 2016), conforme demonstra a tabela seguinte:

Tabela 3 Variação da População.

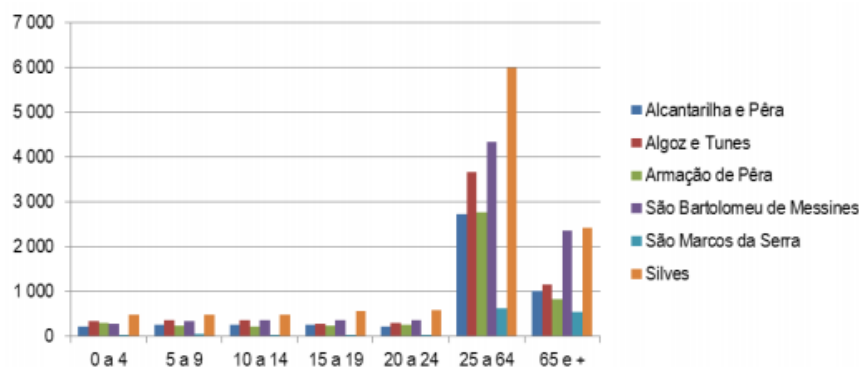
Faixas Etárias	1991	2001	2011	População Residente Variação entre 2001 e 2011 %
0-14	5529	4401	5129	16,54
15-24	4187	4229	3499	-17,26
25-64	16498	17527	20155	14,99
65 e +	6710	7673	8343	8,43
Total	32924	33830	37126	

Fonte: INE, Censos (2001-2011), citado por Rede Social de Silves (2016)

Também se verifica o aumento da população ativa, entre os 25 a 64 anos seguida do aumento do número de idosos, com uma taxa de variação de 8,43 caracterizando o envelhecimento no concelho, que tem vindo a aumentar progressivamente, nos últimos 15 anos (Rede Social de Silves, 2016).

Analisando o gráfico seguinte, onde se visualizam as faixas etárias por freguesia, confirma-se que a faixa etária com maior expressão do concelho é entre os 25 a 64 anos, seguidamente da faixa etária dos 65 e mais anos.

Gráfico 10: Faixas etárias por freguesia



Fonte: INE, Censos (2001-2011), citado por Rede Social de Silves (2016)

Verificando-se que a faixa etária dos 65 ou mais anos, é maior nas freguesias de São Bartolomeu de Messines e Silves.

A evolução da estrutura etária da população do concelho, na última década, tem manifestado um duplo envelhecimento, denunciando um claro domínio da população com mais de 65 anos, face à de 15 ou menos anos (Rede Social de Silves, 2016), o que contribui, a longo prazo, para o envelhecimento populacional do concelho.

Este fenómeno, deve-se à diminuição da taxa de natalidade e ao aumento da esperança média de vida, resultado da melhoria dos cuidados de saúde e do desenvolvimento tecnológico. A manter-se a tendência de duplo envelhecimento, a médio prazo, existirá a diminuição do número de activos e consequentemente, da produtividade, dinamismo e competitividade da economia local. (Rede Social de Silves, 2016)

Avaliemos os indicadores demográficos da região do Algarve, conforme demonstra a tabela seguinte:

Tabela 4: Indicadores demográficos e sociais do Algarve, 2014

Contexto demográfico e social 2014	Algarve	Portugal
Estimativas da População Residente (31_XII_2014)	441 468	10 374 822
Acréscimo Populacional	-890	-52 479
Saldo Natural	-929	-22 423
Saldo Migratório	-39	-30 056
Taxa de crescimento efectivo (%)	-0,20	-0,50
Taxa de crescimento natural (%)	-0,21	-0,22
Taxa de crescimento migratório (%)	0,01	-0,29
Índice de Dependência Total	55,9	53,0
Índice de Dependência de Jovens	23,7	22,0
Índice de Dependência de Idosos	32,2	31,1
Taxa bruta de natalidade (por mil habitantes)	8,5	7,9
Índice sintético de fecundidade	1,35	1,23
Taxa bruta de mortalidade (por mil habitantes)	10,6	10,1
Taxa de abandono precoce de educação e formação (*)	15,9	13,7
Taxa de escolaridade do nível de ensino básico (*)	72,2	68,5
Taxa de escolaridade do nível de ensino secundário (*)	47,1	47,9
População estrangeira que solicitou estatuto legal de residente por 100 habitantes	0,97	0,34
Proporção de casamentos celebrados entre indivíduos de nacionalidade portuguesa e nacionalidade estrangeira	13,9	9,6

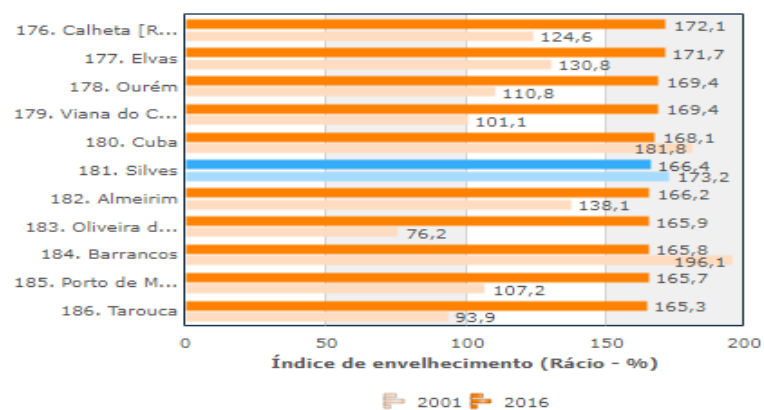
Fonte: ARS Algarve (2015)

Denota-se que o Índice de dependência de idosos, no concelho de Silves, é superior aos valores apresentados na totalidade do país. No entanto, a taxa bruta da natalidade, por mil habitantes, também é superior em relação ao valor do país, mas ainda prevalece maioritariamente no concelho as faixas etárias mais altas (Rede Social de Silves, 2016).

O envelhecimento da população torna-se assim um dos problemas reais do concelho.

Analisemos o gráfico seguinte que apresenta o Índice de envelhecimento, no concelho de Silves:

Gráfico 11: Índice de envelhecimento no concelho de Silves, em 2016.



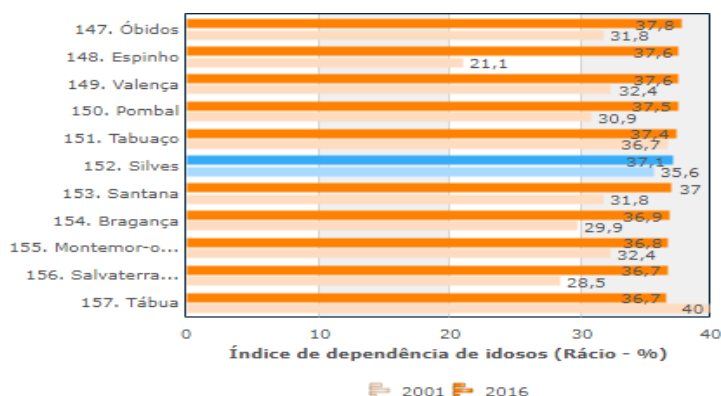
Fonte: FFMS, PORDATA (2018e)

O envelhecimento populacional no concelho é evidente, pois apresenta um Índice de envelhecimento de 166,4% em 2016, o que significa que existem 166 pessoas idosas por cada 100 pessoas menores de 15 anos (FFMS, PORDATA, 2018e).

Sabendo-se, segundo evidência da literatura pesquisada, que o envelhecimento populacional acarreta a consequente perda de autonomia e aumento de dependência e maiores necessidades de cuidados de saúde e de apoio social da população.

Analisemos o Índice de dependência de idosos, no concelho de Silves, em 2016, no seguinte gráfico:

Gráfico 12: Índice de dependência de idosos, concelho de Silves, em 2016.



Fonte: FFMS, PORDATA (2018c)

Segundo a análise do Gráfico 12, o Índice de dependência de idosos no concelho de Silves, em 2001 era de 35,6% e em 2016 de 37,1%, o que evidencia que o número de pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 pessoas em idade ativa, está a aumentar no concelho.

Analisemos a tabela seguinte que apresenta os Índices de envelhecimento e de dependência no concelho de Silves:

Tabela 5: Índices de envelhecimento e dependência no concelho de Silves

Território	Índice de Envelhecimento	Índice de Dependência (total)	Índice de dependência (jovens)	Índice de dependência (idosos)
Alcantarilha	153,7	57,9	24,6	35,1
Pêra	124,8	51,3	24,3	28,5
Algoz	135,2	53,1	24,4	30,5
Tunes	79,4	51,8	31,1	22,9
Armação de Pêra	106,9	49,5	26,0	25,6
São Bartolomeu de Messines	239,0	65,8	20,9	46,4
São Marcos da Serra	449,6	93,7	17,8	76,6
Silves	168,7	54,1	21,9	34,0
Concelho	162,7	57,0	23,4	35,3

Fonte: INE, Censos (2011), citado em Rede Social de Silves (2016)

O envelhecimento populacional no concelho é evidente, pois o índice de dependência total permite entender qual a percentagem de população (idosos e jovens) que depende da população ativa (FFMS, PORDATA, 2018).

De acordo com a Tabela 5, verifica-se que em duas freguesias da zona serrana de Silves, São Bartolomeu de Messines e São Marcos da Serra, o Índice de envelhecimento é muito superior ao total do concelho (166,4%) e ao Índice do país (148,7%) (Rede Social de Silves, 2016). Estas duas freguesias apresentam Índices de envelhecimento muito elevados, onde, segundo a Tabela 5, São Bartolomeu de Messines apresenta um índice de 239% e São Marcos da Serra de 449,6%.

Em relação ao Índice de dependência em idosos, estas freguesias apresentam respetivamente: 46,4% e 76,6%, o que constitui mais um indicador de que a população residente é envelhecida e está em crescimento comportando cada vez mais a dependência da população ativa.

O Índice de dependência total é maior em São Marcos da Serra, com um valor de 93,7%, e caracteriza a quantidade de jovens e pessoas idosas que existem em relação a cada 100 pessoas em idade ativa (FFMS, PORDATA, 2018b). Este índice elevado e perto dos 100%, indica que a população da zona serrana do concelho é maioritariamente idosa, o que pode estar

associado à pouca acessibilidade da população aos recursos da comunidade e por habitarem numa zona desertificada (Rede Social de Silves, 2016).

3.2 Problemáticas Estruturais do Concelho de Silves

A forte concentração populacional registada na faixa litoral; a sazonalidade; o aumento da população imigrante, bem como da multiculturalidade e o reforço e diversificação da oferta turística, são aspetos específicos da região do Algarve, que merecem especial atenção e que influem o contexto sócio-demográfico da região (ARS Algarve, 2015).

Sendo o Algarve visto como um destino de férias para a população portuguesa, o concelho depara-se com a sazonalidade, que constitui um dos problemas mais evidente nas freguesias de Armação de Pêra, Pêra e Alcantarilha, o que conseqüentemente, leva a problemas relacionados com o emprego, a desertificação e envelhecimento da população na zona serrana do concelho (Rede Social de Silves, 2016).

Devido à grande sazonalidade da região, uma das áreas mais afectadas é o emprego, resultando em elevadas taxas de desemprego (Rede Social de Silves, 2016).

Outra problemática do concelho, já identificada pela caracterização física e sociodemográfica, é a desertificação e envelhecimento da população.

As situações mais preocupantes verificam-se com maior frequência na zona da serra, quer pela desertificação física e humana, observada através da redução da população residente, ou seja, pelo decréscimo do número de indivíduos até aos 14 anos; e pelo aumento do número de idosos, confirmando-se esta realidade com a nacional (Rede Social de Silves, 2016).

Contrariamente às restantes freguesias, nas quais a população idosa isolada não é tão expressiva, a zona serrana e rural do concelho é ampla e o envelhecimento é um problema real, não sendo propriamente a pobreza o que mais se evidencia (vivem habitualmente de uma

agricultura de subsistência, dentro de padrões de vida pouco exigentes do ponto de vista material), mas as pessoas vivem muito isoladas (Rede Social de Silves, 2016). Surgindo daqui a necessidade de projetos de intervenção a nível da saúde, que respondam às necessidades deste grupo populacional.

3.3 Rede Social e Projetos de Apoio à Pessoa Idosa

O aumento preocupante do envelhecimento da população de Silves, leva à criação de intervenções planificadas, dirigidas especificamente a esta faixa da população, devendo existir uma colaboração entre todos os serviços sociais e de saúde da comunidade, com vista ao encaminhamento das situações mais vulneráveis.

Para combater os efeitos da solidão e do isolamento, o Município de Silves, juntamente com várias entidades locais, utilizam os recursos da comunidade e criaram vários projetos e programas de apoio ao idoso, que segundo a Rede Social de Silves (2016), são nomeadamente:

- **Projeto Assistência 24 - Teleassistência domiciliária:** é um serviço prestado por via telefónica, que disponibiliza apoio para dar resposta imediata em qualquer situação de urgência, solidão e insegurança. Disponível em equipamento fixo (analógico) e móvel, 24 horas por dia, 365 dias por ano.
- **Idosos em Segurança:** promove ações de sensibilização e prevenção, promovidas pela GNR, tendo como público-alvo, os cidadãos com mais de 65 anos, e visa alertar e prevenir esses cidadãos para eventuais perigos susceptíveis de acontecerem nessa faixa etária.
- **Programa “Residência Segura”:** promovido pela GNR, tenta prevenir a ocorrência de furtos e roubos, alertando os cidadãos com práticas de segurança a adotar.
- **Transportes e Acessibilidades:** apesar do concelho dispor de boas acessibilidades e de redes rodoviárias e ferroviárias, a possibilidade das populações se deslocarem é feita

essencialmente em transportes privados. Desta forma, o problema da acessibilidade vai reflectir-se na incapacidade de mobilidade da população mais vulnerável, tendo como consequência a não participação em acções oferecidas no concelho e socialização.

- **Associativismo no concelho:** existe um razoável número de associações localizadas nas diversas freguesias, que desenvolvem actividades desportivas, culturais e de lazer.
- **Instituições Particulares de Solidariedade Social [IPSS]**
- **Associação Humanitária de São Marcos da Serra:** é uma IPSS, cujo foco de atuação se direciona aos idosos da freguesia em situação de risco ou perda de independência por período temporário ou permanente.
- **Serviço de Apoio ao Domicílio:** este serviço, destina-se a pessoas idosas e familiares que por motivos de doença, deficiência, ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades e AVD.
- **Centro de Dia:** destina-se a pessoas idosas, em situação de risco ou de perda de autonomia. As freguesias de Algoz e Tunes encontram-se a descoberto ao nível da terceira idade.
- **Banco de Ajudas Técnicas:** disponibiliza e facilita o acesso a equipamentos destinados ao reforço da mobilidade e autonomia da população com maior vulnerabilidade física.
- **Academia Sénior:** promove a melhoria da qualidade de vida de pessoas com mais de 65 anos, através da troca de experiências e do convívio entre participantes, no incentivo à participação ativa da população sénior, da Freguesia de São Marcos da Serra.
- **Oficina Móvel Sénior:** é um projeto que visa suprir as carências habitacionais, na Freguesia de São Marcos da Serra.
- **Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha; de Armação de Pêra e de Silves:** satisfazem as carências sociais através de um conjunto de valências que pretendam de forma integrada ajudar a resolver ou minimizar os problemas sociais do concelho.

- **Rendimento Social de Inserção [RSI]:** é uma medida política de combate à pobreza e exclusão social, através da atribuição de uma prestação monetária.
- **Complemento Solidário para Idosos [CSI]:** é uma prestação monetária do subsistema de solidariedade social, destinada a pessoas com baixos recursos e destina-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.
- **GAPI:** presta apoio à população idosa em situações vulneráveis, em todo o concelho.

Em suma, o concelho de Silves apresenta uma rede de apoio comunitário ampla mas ainda não abrange todo o concelho, sendo um esforço conjunto de todas as entidades do concelho, para se atingir a articulação da intervenção da autarquia, serviços públicos e entidades privadas, sem fins lucrativos, que trabalham nas respostas sociais e de saúde da população, com vista à atenuação de situações de pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social dos idosos na comunidade.

3.4 Recursos de Saúde

A ARS Algarve estrutura-se hierarquicamente e integra três ACES, com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Desenvolve ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação na saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais e populacionais (ARS Algarve, 2015).

Os ACES na região do Algarve dividem-se em ACES Central, ACES Sotavento e ACES Barlavento (ARS Algarve, 2015). A Unidade Funcional do Centro de Saúde de Silves pertence ao ACES Barlavento, da ARS Algarve, sendo constituída por: uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]; uma UCC; uma Unidade de Saúde Pública; uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e um Gabinete do Cidadão Local. O ACES participa através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (ARS Algarve, 2015).

A UCC integra uma equipa de cuidados continuados integrados [ECCI], que é coordenada por um enfermeiro, e desenvolve atividades de assistência através da visita domiciliária em saúde. Existe ainda uma equipa de cuidados domiciliários da UCSP de Silves (Plano de Ação da UCC, 2017).

Estas equipas prestam cuidados domiciliários de Enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, através de visitas domiciliárias programadas e regulares, dando resposta às necessidades da pessoa dependente e família, em situação de agravamento súbito do estado de saúde da pessoa. Também prestam cuidados de fisioterapia, apoio psicológico, social e ocupacional, efetuam ações de educação para a saúde para os cuidadores e articula em rede, as estruturas comunitárias, de modo a melhorar a qualidade de vida da população (Plano de Ação da UCC, 2017).

Existem ainda no concelho, duas unidades de internamento de longa duração e manutenção da RNCCI, uma em Algoz e outra em Silves (Plano de Ação da UCC, 2017).

O concelho conta com a Unidade Móvel de Saúde que cobre todo o concelho menos a freguesia de Armação de Pêra, e desenvolve atividades de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis, incentivando também a vigilância da saúde (Plano de Ação da UCC, 2017).

No que se refere ao número de médicos e enfermeiros por 1000 habitantes, os dados mostram que o Algarve apresenta indicadores desfavoráveis quando comparado com o país (ARS Algarve, 2015).

Esta escassez de recursos humanos tem vindo a acentuar-se nos últimos anos, no que respeita principalmente aos médicos e constitui um dos principais constrangimentos à melhoria da acessibilidade dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde (ARS Algarve, 2015).

Embora o Algarve apresente uma dinâmica de algum crescimento demográfico, sustentada por uma população estrangeira jovem, é mais envelhecida que a média do país, apresentando, simultaneamente, uma menor disponibilidade de profissionais de saúde, relativamente à média de Portugal, relevando na região, na área da saúde, uma crescente procura de cuidados de saúde (ARS Algarve, 2015).

3.5 Identificação de Problemas/Necessidades

A interpretação estatística revela que a região do Algarve, em 2015, apresenta uma estrutura populacional envelhecida, registando uma população jovem de 15% e uma população idosa de 21% (ARS Algarve, 2015).

A análise dos dados concelhios de Silves permitiu verificar o aumento da população ativa, entre os 25 a 64 anos, seguida do aumento do número de idosos, da faixa etária dos 65 e mais anos, sendo maior na freguesia de São Bartolomeu de Messines e Silves e caracterizando o envelhecimento no concelho, que tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos.

A evolução da estrutura etária da população do concelho, na última década, tem manifestado um duplo envelhecimento, denunciando um claro domínio da população com mais de 65 anos (Rede Social de Silves, 2016), o que contribui a longo prazo, para o envelhecimento populacional do concelho.

O envelhecimento da população torna-se assim um dos problemas reais do concelho, o que acarreta a conseqüente perda de autonomia e aumento de dependência e maiores necessidades de cuidados de saúde e de apoio social.

Segundo os dados estatísticos apresentados, denota-se que o Índice de dependência total e de idosos, no concelho de Silves, é elevado e verifica-se que as freguesias da zona serrana de Silves apresentam um Índice de envelhecimento muito superior ao total do concelho e ao Índice do país (FFMS, PORDATA, 2018e).

Podendo concluir-se que estas freguesias são as que apresentam uma população mais envelhecida e em crescimento, o que justifica o maior Índice de dependência total e dos idosos, em determinadas áreas geográficas, que são caracterizadas pela desertificação e isolamento populacional.

Constituindo assim, o envelhecimento no concelho, uma problemática já identificada pela caracterização física, sociodemográfica e pela desertificação geográfica.

Além da análise dos dados estatísticos e demográficos do concelho, foi também realizada uma reunião com a enfermeira orientadora e com os elementos do GAPI, de forma a identificar as principais problemáticas das pessoas idosas do concelho.

Necessitou-se de participar e integrar o GAPI de Silves, onde se constata continuamente, que os idosos do concelho apresentam necessidades a vários níveis e que o envelhecimento e isolamento é um problema real no concelho e está em crescimento progressivo.

Tanto pela orientadora como pelos profissionais do GAPI, foi identificada a situação das pessoas idosas da zona serrana como a mais problemática, quer pelos maiores Índices de envelhecimento e dependência, quer pelo isolamento a que estão sujeitos, dada a desertificação da região. Assim, considerou-se realizar o diagnóstico de saúde das pessoas idosas, da zona serrana, do concelho de Silves.

Durante o diagnóstico de saúde, para além de seguir a metodologia do Planeamento em Saúde, utilizou-se a metodologia IPBC, que pressupõe uma colaboração com os membros da comunidade, instituições e investigação ao longo de todo o processo, e neste eixo, para complementar o diagnóstico de saúde, criou-se uma articulação com o GAPI e com a GNR de Silves.

Neste sentido, conforme explicado no capítulo da metodologia do projeto, durante o diagnóstico de saúde, foram realizadas visitas domiciliárias às pessoas idosas isoladas, de uma freguesia da zona serrana, com uma área rural extensa, onde através da aplicação dos instrumentos de recolha de dados referidos anteriormente, com posterior análise e tratamento de conteúdo, se identificaram necessidades a vários níveis nesta amostra populacional.

No processo de análise de conteúdo, realizou-se a análise das respostas às entrevistas semiestruturadas, analisando a informação num todo, refletindo e ajustando os problemas identificados, tendo em conta a planificação das ações pretendidas no futuro.

Assim, a análise qualitativa, ambicionou conhecer as questões relacionadas com o envelhecimento e isolamento, e para tal, foi necessário realizar a transcrição das entrevistas realizadas e analisar e tratar os seus conteúdos, relacionando-os com a literatura pesquisada e consultada, fazendo a agregação e categorização dos trechos das entrevistas transcritas, que ficaram representados em forma de tabela (Apêndice II).

A tabela que se segue, é o resumo da categorização da informação recolhida durante o diagnóstico de saúde e implementação do projeto, através da proposta de Bardin (2009), e divide a informação segundo dimensões, categorias e subcategorias.

Tabela 6: Categorização da análise de conteúdo

Dimensão	Categoria	Subcategoria
Sociodemográfica	Situação escolar e profissional	Baixo nível de escolaridade
		Profissão
		Em situação de reforma
	Recursos Financeiros	Renda mensal baixa
		Renda mensal média
Classe social	Classe Média Classe Baixa Classe Média Baixa	
Habitação	Condições de habitação	
	Tempo que habita na casa	
Saúde	Situação de saúde	Doença/Incapacidade
		Dor
		Sentir-se bem
		Dor Sentir-se bem
	Dependência nas AVD (Índice de Katz)	Dependência moderada.
		Muito dependente
		Independente
Solidão	Agudização da solidão	Diminuição do agregado familiar
	Perda de relações significativas	Afetivas
		Familiares
		Amizade
	Outras perdas	Sociais
		Ocupacionais
		Saúde
Isolamento social/ Exclusão	Perceção da solidão	
	Momentos em que se sente só	
	Sentimentos de exclusão	

Fonte: Produzida pelos autores do relatório, baseado em Bardin (2009).

As pessoas idosas que participaram na IPBC, durante a etapa do diagnóstico de saúde, identificaram e reconheceram, de uma forma geral, como principais problemas e

necessidades: a diminuição das capacidades e força física, associado à falta de saúde; a falta de recursos financeiros; a sensação de solidão e escassez de relacionamentos e a dificuldade em se deslocarem até à comunidade, referindo ainda não existirem recursos suficientes para os apoiar nestas necessidades.

Identificadas as áreas problemáticas e as necessidades das pessoas idosas isoladas, foram aplicados métodos científicos para hierarquizar as prioridades de intervenção, que se explicam no capítulo seguinte.

4. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Neste capítulo será exposta a metodologia utilizada para a hierarquização das prioridades de intervenção, na problemática identificada do envelhecimento e isolamento no concelho de Silves, onde o diagnóstico de saúde foi direcionado para o estudo deste fenómeno.

De forma a seguir uma linha orientadora para a definição de prioridades, foi escolhido o Método de Hanlon, tendo-se também utilizado o Método da Grelha de Análise, sugeridos por Tavares (1990).

O Método de Hanlon destina-se à classificação de problemas de saúde, para Tavares (1990) este método estabelece prioridades, com base em quatro critérios, nomeadamente: (A) a amplitude ou magnitude do problema; (B) a gravidade do problema; (C) a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção.

A classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da fórmula: valor da prioridade $(A+B) \times C \times D$, que se aplica a cada um dos problemas (Tavares, 1990), onde as letras correspondem aos critérios acima enunciados.

A amplitude ou magnitude do problema (A) corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, sendo avaliada numa escala de zero a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo (Tavares, 1990), conforme demonstra a tabela a seguinte:

Tabela 7: Escala pré-determinada para o Método de Hanlon

Unidades	%... de pop.	Peso
50 000 ou +		10
5 000 a 49 999		8
500 a 4 999		6
50 a 499		4
5 a 49		2
0.5 a 4.9		0

Fonte: Tavares (1990)

O Índice de envelhecimento no concelho de Silves aponta para duas freguesias do concelho de Silves, que correspondem à zona serrana e apresentam valores elevados deste índice, nomeadamente de 239,0% e 449,6%, cada freguesia (Rede Social de Silves, 2016).

A população total residente no concelho é de 37.126 onde 8.343 (23%) são pessoas idosas, e nestas freguesias, o Índice de envelhecimento é muito superior ao total do concelho e ao índice do país (FFMS, PORDATA, 2015e).

Considerando que se realizaram sete visitas domiciliárias às pessoas idosas isoladas, durante o diagnóstico de saúde, observa-se em relação à amplitude do problema, um peso de dois, na Escala pré-determinada para o Método de Hanlon.

A gravidade do problema (B) é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos, sendo que cada fator deverá ser ponderado na mesma escala, elaborando-se posteriormente a média das ponderações obtidas (Tavares, 1990). Segundo o autor, a pontuação varia numa escala de zero a 10, sendo 10, o valor máximo da gravidade do problema. A gravidade do problema atendente à Escala pré-determinada corresponde também a um peso de dois (Tavares, 1990).

A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema é ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução (Tavares, 1990). A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pereira, 2011).

A Tabela 8, da página seguinte, demonstra a ponderação atribuída à vulnerabilidade de cada problema identificado.

A exequibilidade do projeto ou da intervenção, para Tavares (1990), é um critério que integra as seguintes componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade.

A exequibilidade tem somente dois valores possíveis, sim equivalente a um e não equivalente a zero, e se este critério obtiver pontuação zero, o problema será eliminado.

Assim, um valor positivo de exequibilidade, ou seja, pontuação 1, constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para que um problema seja considerado prioritário (Tavares, 1990).

Seguidamente apresenta-se a Tabela 8, onde se pode visualizar a aplicação dos quatro critérios, preconizados pelo Método de Hanlon, para cada problema identificado:

Tabela 8: Aplicação do Método de Hanlon

PROBLEMAS	AMPLITUDE/ MAGNITUDE	GRAVIDADE	VULNERA BILIDADE	EXEQUIB ILIDADE	VALOR DE PRIORIDADE (A+B) C x D	ORDEM DE PRIORIDADE
PROBLEMA 1 Diminuição das capacidades físicas	2	2	0,5	1	2	3°
PROBLEMA 2 Falta de recursos financeiros	2	2	0,5	1	2	3°
PROBLEMA 3 Sensação de solidão	2	2	1,5	1	6	1°
PROBLEMA 4 Acessibilidade à comunidade / Isolamento e Exclusão social	2	2	1	1	4	2°

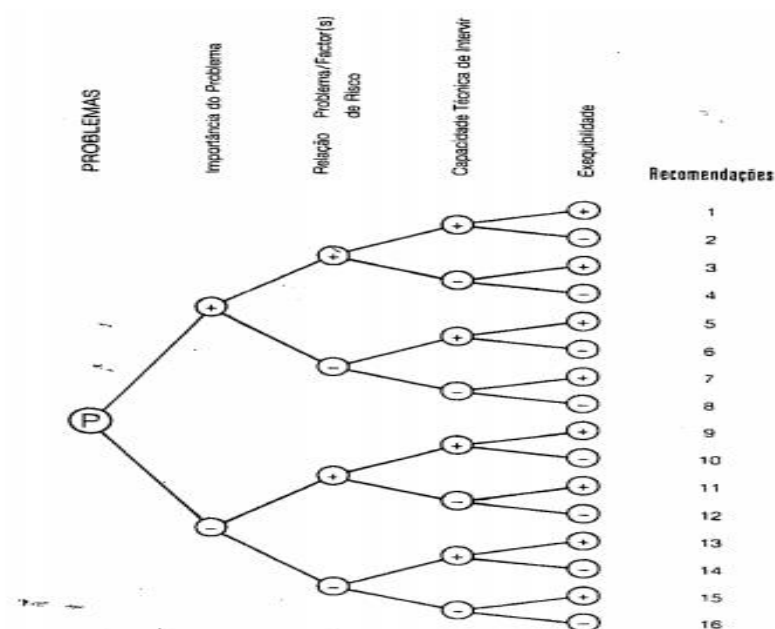
Fonte: Produzida pelos autores do relatório, baseado em Tavares (1990)

Face aos resultados obtidos, deteta-se um empate entre o problema um e dois, nomeadamente: diminuição das capacidades físicas e falta de recursos financeiros, pelo que se recorreu ao Método de Grelha de Análise.

O Método de Grelha de Análise pressupõe a análise de cada problema relativamente a quatro critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990).

Utilizando a grelha de análise que se segue na Figura 3, atribui-se sucessivamente uma classificação de mais (+) ou de menos (-) a cada problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados (Tavares, 1990), onde se pode verificar:

Figura 3: Grelha de análise para determinação de prioridades



Fonte: Tavares (1990)

O percurso natural do problema dentro da grelha determina a sua classificação final, permitindo estabelecer 16 possibilidades de recomendações por ordem decrescente de prioridade (Imperatori e Giraldes, 1993), sendo que no final se obtém o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor um à prioridade máxima e o 16 à mínima (Tavares, 1990).

Imperatori & Giraldes (1993) citado por Pereira (2011), definem que deverá ser dada maior prioridade aos problemas que provoquem sequelas, consequências e cujos danos sejam irreversíveis.

Por outro lado, os autores referem que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde, se enquadram no âmbito da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução (Pereira, 2011).

A tabela seguinte demonstra a aplicação dos critérios do Método da Grelha de Análise:

Tabela 9: Aplicação do Método da Grelha de Análise.

CRITÉRIOS	PROBLEMA 1 Diminuição das capacidades físicas	PROBLEMA 2 Falta de recursos financeiros
IMPORTÂNCIA DO PROBLEMA	+	+
RELAÇÃO DE PROBLEMA/FATOR DE RISCO	+	+
CAPACIDADE TÉCNICA DE RESOLVER O PROBLEMA	-	-
EXEQUIBILIDADE DA INTERVENÇÃO	+	-
POSIÇÃO NA GRELHA	3°	4°

Fonte: Produzida pelos autores do relatório, baseado em Tavares (1990)

Assim, após a aplicação dos métodos de definição de prioridades selecionados, obteve-se a priorização dos problemas/necessidades identificados anteriormente.

Agrupar e priorizar os problemas de saúde permite dar resposta a um maior número de necessidades de forma mais eficaz, com uma posterior melhoria na articulação das estratégias a implementação e visualização dos recursos disponíveis.

5. POPULAÇÃO, OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS

Após a priorização dos problemas, foi considerado uma necessidade realizar um projeto de intervenção, tendo como população-alvo as pessoas idosas de duas freguesias serranas do concelho de Silves, com vista a melhor identificar as suas necessidades e proporcionar apoio de saúde e social, estes apoios e a intervenção integrada de várias instituições respondem ao esperado em termos de promoção da saúde de grupos e comunidades.

5.1. População-Alvo

Definiu-se como população-alvo para a integração no projeto, as pessoas com 65 ou mais anos, que vivem sozinhas e isoladas, em duas freguesias de áreas serranas do concelho de Silves, que representam também a maior área rural do concelho.

Para a seleção da amostra populacional, que foi de conveniência, estabeleceram-se como critérios de inclusão: pessoas com 65 ou mais anos de idade; residentes na zona rural dessas freguesias; que residem sozinhas; com diferentes graus de escolaridade; viúvos e solteiros e que não recebem nenhum apoio comunitário.

Sendo assim identificada a amostra da população-alvo, constituída inicialmente por 31 pessoas idosas isoladas. Os objetivos e estratégias foram direccionados para esta população.

5.2 Objetivos do Projeto

Considerando a realidade do envelhecimento no concelho de Silves e aliando estes dados às suas fragilidades geográficas, o projeto de intervenção comunitária “Humanizar a serra”- Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas, integrou um trabalho de parceria e em equipa multidisciplinar, através do GAPI, promovendo o apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas, em duas freguesias serranas do concelho de Silves.

O projeto foi um incentivo à estimulação física e social do idoso, na tentativa da promoção da sua saúde, incluindo a sua autonomia e contato com a comunidade, incidindo numa aproximação contínua por parte da equipa multidisciplinar, difundindo junto destes o trabalho dos que intervêm, no âmbito da saúde, segurança e ação social do concelho de Silves.

Assim, formularam-se um objetivo geral e três objetivos específicos.

Definiu-se como **objetivo geral**:

- Promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, em duas freguesias do concelho de Silves.

E como **objetivos específicos**:

- Inserir o projeto de intervenção comunitária no GAPI de Silves, integrando nesta parceria a UCC e as entidades que formam o grupo.
- Identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, em duas freguesias do concelho de Silves.
- Intervir nas necessidades da saúde e questões sociais, com vista à satisfação das necessidades identificadas, com o GAPI.

5.3 Seleção das Estratégias

Quanto mais aprofundados forem os conhecimentos de quem planifica um projeto sobre a temática em questão, maior será a probabilidade de analisar o problema sobre outras perspectivas e propor novas formas de abordagem ao mesmo. Para além disso, é ainda importante perceber o que outros locais já fizeram em problemáticas iguais ou semelhantes, de forma a melhorar esses projetos e até a construir estratégias inovadoras (Tavares, 1990).

Após consultados outros projetos e literatura na área da saúde e do envelhecimento, que direcionam a sua atenção para o isolamento da pessoa idosa, percebe-se que a maior parte dos projetos, são realizados no sentido de criar redes sociais que forneçam apoio nas maiores necessidades das pessoas idosas, bem como momentos de partilha e transmissão de informação entre os profissionais e a pessoa, de forma a estabelecer um contato destes com a comunidade, desenvolvendo-se mutuamente competências físicas, psicológicas e sociais.

Neste sentido e aproveitando um recurso que já existe no concelho de Silves, que é o GAPI, uma das primeiras estratégias foi a integração e participação neste grupo de apoio a pessoas idosas, criando o projeto de intervenção em **parceria com o GAPI**, no sentido de chegar às pessoas idosas isoladas da zona serrana, que é a área mais problemática do concelho, em termos de envelhecimento e isolamento.

A parceria proporciona uma continuidade do projeto e promove respostas e intervenções de apoio e em rede.

O desenvolvimento desta parceria é fundamental, uma vez que permite mobilizar um recurso já disponível na comunidade e direcioná-lo para resolver a problemática em questão, para que todos os parceiros se responsabilizem pela execução de determinadas tarefas e a utilização rentável dos recursos disponíveis.

O GAPI tem como objetivos promover os direitos dos idosos e prevenir ou pôr termo a situações de exclusão na população idosa do concelho de Silves, e neste sentido, desenvolve ações de promoção dos direitos das pessoas idosas, prevenindo situações de risco e intervindo nas situações em que estas se encontram mais vulneráveis (Rede Social de Silves, 2016).

O grupo desenvolve parcerias com várias entidades do concelho de Silves, nomeadamente com: o sector de ação social; a GNR; o Centro de Saúde de Silves; o Instituto de Segurança Social; a Delegação da Cruz Vermelha Portuguesa de Silves; a Associação Humanitária de São Marcos da Serra; o Centro Cultural e Social João de Deus de São Bartolomeu de Messines; o Centro Paroquial de Pêra; a Santa Casa da Misericórdia de Silves, Alcantarilha e de Armação de Pêra (Rede Social de Silves, 2016).

Nesta sequência, um segundo eixo estratégico previsto, será a **visita domiciliária multidisciplinar**, integrando o GAPI de Silves, nomeadamente um enfermeiro, um assistente social, um educador social e a GNR que se deslocam até ao domicílio de cada idoso isolado, identificando situações de fragilidade biológica, física e social, fornecendo momentos de partilha e estimulando as capacidades e participação da pessoa idosa, na promoção da sua saúde física e mental, com maior autonomia e reinserção social.

A visita domiciliária é um instrumento de proximidade, que permite uma visão holística da pessoa, alvo dos cuidados de saúde, promovendo melhores estratégias para a mudança de padrões de comportamento e promoção de qualidade de vida. Permite ainda um maior ajuste dos planos de cuidados aos recursos que a pessoa dispõe (OE, s.d.).

Esta visita domiciliária multidisciplinar promove a ampliação de acesso aos idosos isolados, o acolhimento e identificação das principais necessidades das pessoas isoladas e a humanização da assistência prestada.

Cada profissional deverá articular em conjunto os seus conhecimentos e aplicar competências profissionais nos problemas detetados ao longo de cada visita, no sentido de tentar satisfazer as necessidades identificadas, com a maior brevidade possível e com os recursos que a comunidade oferece.

O apoio multidisciplinar às pessoas idosas que necessitam de assistência domiciliária, proporciona-lhes uma melhor qualidade de vida (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014). Para além de encorajá-las a manter ou reconstruir a autoestima e atenuar os problemas de saúde que dificultam a sua interação social, a visita domiciliária busca a humanização das ações em saúde e a preservação da capacidade funcional da pessoa, contribuindo para a redução de custos e ganhos em saúde (Ferreira et al., 2014).

Outro eixo estratégico é a **criação de convívios comunitários**, que permitem estimular as relações interpessoais entre os idosos e a comunidade.

O convívio comunitário, constitui um processo integrante das dinâmicas locais, ajuda na promoção das respostas associativas; tenta prevenir as situações de solidão e exclusão social e reforça os sentimentos de pertença social, motivando as pessoas para o desenvolvimento e melhoria das suas competências sociais e pessoais (Wichmann, Couto, Areosa & Montañés, 2013).

Os convívios comunitários, como resposta social, segundo o consenso da literatura, incentivam a participação e potenciam a inclusão social; fomentam as relações interpessoais e entre gerações; promovem um envelhecimento mais saudável e ativo e podem contribuir para retardar ou evitar a institucionalização (Wichmann et al., 2013).

Tendo em conta as estratégias referidas, perspectiva-se assim, que a realização do projeto se desenvolva em redor destes três eixos estratégicos, tornando-se ainda necessário criar parcerias, nomeadamente com a autarquia e a GNR de forma a apoiar o projeto também na sua continuidade.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Este capítulo apresenta a preparação operacional das intervenções e atividades a serem desenvolvidas ao longo do projeto. Explica-se as intervenções e atividades necessárias para a execução das estratégias preconizadas, através da referenciação ao Cronograma de Atividades que é disponibilizado em apêndice deste relatório (Apêndice III). Refere-se às intervenções e atividades executadas para atingir os objetivos pretendidos, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde e IPBC.

São também referenciados os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros que envolveram o projeto, bem como os resultados que se esperam alcançar e o seguimento e monitorização das intervenções e atividades com vista a alcançar os objetivos pretendidos.

6.1 Seleção de Intervenções/Atividades

Neste subcapítulo apresenta-se as intervenções/atividades que serão desenvolvidas para a implementação do projeto de intervenção comunitária, ao longo do tempo e para dar resposta aos objetivos delineados anteriormente.

Descrevem-se seguidamente, as intervenções/atividades que serão desenvolvidas em função de cada objetivo específico proposto, e que poderão ser contextualizadas temporalmente no Cronograma de Atividades (Apêndice III):

Inserir o projeto de intervenção comunitária no GAPI de Silves, integrando nesta parceria entre a UCC e as entidades que formam o grupo:

- Pesquisa documental do concelho, de literatura e evidência científica, de indicadores de saúde e sociodemográficos e de dados estatísticos concelhios, nacionais e internacionais, relevantes para a temática do envelhecimento.
- Realização de pedido formal ao GAPI para realização do projeto em parceria com o grupo.
- Realização de pedido formal à autarquia para realização do projeto em parceria com o GAPI.
- Reunião com o GAPI, onde se apresenta o projeto “Humanizar a Serra” – Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas, explicando a problemática identificada, como se realizou a colheita de informação acerca da população-alvo e dados estatísticos, a definição de prioridades, os objetivos, as estratégias previstas e a preparação operacional para a sua implementação e como se processa a sua monitorização e avaliação.

Identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, em duas freguesias do concelho de Silves:

- Pesquisa documental do concelho, de literatura e evidência científica, de indicadores de saúde e sociodemográficos e de dados estatísticos concelhios, nacionais e internacionais, relevantes para a temática do envelhecimento.
- Pedido de disponibilização dos dados sociodemográficos do concelho ao GAPI e GNR, via *e-mail* e com contato presencial.
- Levantamento dos dados sociodemográficos sobre a população idosa do concelho, através da informação disponibilizada pela GNR no projeto “Residência Segura”.
- Identificação do número de pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias de zona serrana do concelho de Silves, escolhidas para integrarem o projeto, em conformidade com os dados sociodemográficos do concelho.

- Realização de pedido formal à GNR para deslocação e acompanhamento nas visitas domiciliárias.
- Reunião com a GNR local para estabelecer disponibilidades de acompanhamento nas visitas domiciliárias.
- Envio do projeto à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve e para a Comissão de Ética da Universidade de Évora.
- Implementação da visita domiciliária, às pessoas idosas isoladas, numa primeira fase a uma das freguesias, com acompanhamento de GNR e enfermeiro, e numa segunda fase à segunda freguesia escolhida, com acompanhamento de enfermeiro, assistente social e GNR (equipa multidisciplinar), pertencentes ao GAPI.
- Aplicação da entrevista semiestruturada; *Índice de Katz* e *Escala de Graffar* às pessoas idosas incluídas no projeto.

Intervir nas necessidades da saúde e questões sociais, com vista à satisfação das necessidades identificadas, com o GAPI:

- Realização contínua da visita domiciliária multidisciplinar, semanalmente.
- Encaminhamento de situações de vulnerabilidade física e social para as entidades de saúde e segurança social, conforme o problema identificado.
- Realização da monitorização de sinais vitais e queixas físicas e psicológicas dos idosos.
- Criação de dois convívios comunitários, com a intenção de integrar as pessoas idosas na comunidade, onde as duas Juntas de Freguesia já dispõem de Pólos Educacionais, que são espaços comunitários que se destinam a estas atividades.

Realização de pedido formal às Juntas de Freguesia para colaboração no projeto, disponibilizando o transporte para a deslocação da população-alvo para os convívios comunitários e vice-versa.

6.2 Previsão de Recursos

Os recursos humanos que envolveram o projeto foram: as pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas na zona rural de duas freguesias do concelho de Silves, identificadas no âmbito do projeto “Residência Segura” da GNR e do GAPI, abrangendo um total de 31 pessoas idosas isoladas, e que de forma livre e esclarecida aceitaram participar no projeto.

Constituíram também este recurso, a GNR de Silves; enfermeiro; assistente social; educador social; técnicos que integram o GAPI; motorista da autarquia e presidentes das respetivas Juntas de Freguesia.

Os recursos físicos necessários à implementação do projeto foram: a sala de reuniões da GNR de Silves; da UCC; da Biblioteca Municipal de Silves; os Polos de Educação das freguesias abrangidas no projeto; a Unidade Móvel de Saúde da UCC e o transporte disponibilizado pela autarquia, Juntas de Freguesia e GNR para realização das visitas domiciliárias e convívios comunitários.

Os recursos materiais utilizados foram: medidor de tensão arterial e de glicémia capilar disponibilizado pela UCC, bem como luvas, compressas e contentor de corto-perfurantes; material audiovisual disponível nas salas de reuniões (ex: computadores, projetores, telas, etc.); material didático para preparação de convívios comunitários e atividades lúdicas (ex: cartazes; impressões; papéis; canetas; colas; etc.). Os recursos materiais ficaram ao encargo do enfermeiro e do GAPI.

Em relação aos **recursos financeiros** que o projeto implicou, estes prenderam-se com a disponibilidade de transporte para levar a equipa multidisciplinar até à zona rural, sendo este assegurado pela Autarquia ou pelo carro da “Escola Segura” da GNR.

Os restantes gastos, como o transporte dos idosos até à comunidade, foram assegurados pelos transportes das Juntas de Freguesia que colaboram com o projeto.

Todos os intervenientes no projeto eram integrantes ou colaboradores do GAPI, e foi neste âmbito, que participaram no projeto e fizeram-no de forma voluntária, desinteressada e solidária, não sendo beneficiados monetariamente.

6.3 Resultados Esperados

Nesta etapa, deve-se enumerar os resultados que são esperados após e durante a implementação do projeto de intervenção comunitária.

Numa primeira fase, espera-se que através da identificação das principais necessidades das pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas nas duas freguesias serranas do concelho de Silves, se consiga cumprir com as estratégias de intervenção selecionadas e que essas necessidades diminuam e a qualidade de vida das pessoas idosas isoladas melhore e seja mais participativa.

Pretende-se com a visita domiciliária aumentar os conhecimentos e capacitar as pessoas idosas para uma vida diária mais autónoma e integrada na sociedade, desenvolvendo ainda as estratégias individuais de cada um e a sua adaptação psicoemocional à situação de isolamento.

Com as visitas domiciliárias, realizadas semanalmente, por parte da equipa multidisciplinar, espera-se chegar a toda a população-alvo e que as pessoas idosas consigam gerir da melhor maneira o seu papel social e que apreendam conhecimentos, que permitam com o decorrer do tempo, manter a autonomia e confiança na realização das AVD.

A visita domiciliária também ajuda na monitorização da implementação do projeto e permite a identificação dos problemas no domicílio, como também o aparecimento de outras necessidades não identificadas inicialmente pela entrevista e instrumentos de recolha de dados.

Relativamente à integração do projeto no GAPI, espera-se proporcionar benefícios ao projeto, sendo o GAPI necessário para a implementação do projeto, bem como a colaboração da GNR e da autarquia local, na disponibilização do transporte para realizar as visitas domiciliárias, o que também contribuí para dar uma maior visibilidade desta problemática do concelho à comunidade e produzir sensibilidade dos cidadãos para este fenómeno.

Preconizou-se, com a criação dos convívios comunitários, que cerca de 50% das pessoas idosas, integrantes no projeto, aderissem a estes eventos sociais no sentido de promover o seu desenvolvimento individual e coletivo, numa tentativa de combate ao isolamento social e a sentimentos de solidão e exclusão social.

6.4 Seguimento «*Follow-Up*»

Esta etapa permite-nos realizar um seguimento, supervisão e verificação do projeto, e decorre desde o estabelecimento de objetivos, à implementação do projeto e à aquisição de resultados.

O «*follow-up*» permite-nos efetuar a monitorização da implementação das intervenções, ajudando a realizar a avaliação do projeto, continuamente, e fazendo adaptações necessárias aos problemas que se irão identificando ao longo da implementação deste, de forma a permitir intervenções atempadas e assertivas.

O seguimento «*follow up*», pressupõe medidas de apoio e suporte para os intervenientes, de forma a orientar as intervenções para o pretendido, deve existir reconhecimento e reforço positivo de forma a motivar a continuação do projeto, contudo não devem ser esquecidos os objetivos propostos, bem como a delimitação de tempo para a execução de cada um, garantindo que as ações foram efetivamente implementadas, de forma a atingir os resultados esperados.

Durante a monitorização, os recursos disponíveis devem ser utilizados e aproveitados, e as responsabilidades de cada um devem ser respeitadas, evitando interferências indevidas.

A visita domiciliária multidisciplinar e a integração nas reuniões mensais com a equipa do GAPI, surgiram como uma forma de monitorização contínua do projeto, no sentido em que foram permitindo um contato mais próximo e contextualizado com as pessoas idosas isoladas, possibilitando alterações nas intervenções seguintes e adequando-as às necessidades identificadas. Foi uma forma de monitorização que permitiu ajustar a atuação ou redirecioná-la como forma de atingir os objetivos estipulados.

7. IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Este capítulo refere como foram implementadas as intervenções e atividades desenvolvidas ao longo do Estágio e do tempo, fazendo referência aos métodos de recolha de informação e as alterações à amostra populacional que decorreram durante a implementação do mesmo. Apresentam-se os resultados obtidos e expõe-se a sua discussão e interpretação e considerações finais da análise de dados. Também se explicitam outras atividades desenvolvidas no projeto.

7.1. Identificação das Necessidades das Pessoas Idosas Isoladas

Pode-se dizer que esta atividade acaba por ser uma continuidade do diagnóstico inicial, mas que surge já como atividade integrada no projeto, pois foi após o diagnóstico inicial e quando buscámos apoio e integração do projeto no trabalho de parceria do GAPI, que se considerou, que se deveria alargar a amostra populacional e ser uma atividade desenvolvida em equipa multidisciplinar. Tal como preconizam Imperatori & Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde está em constante adaptação e alteração para responder às realidades com que nos confrontamos.

No diagnóstico inicial, a identificação das necessidades teve por base um estudo observacional e descritivo, conduzido pela metodologia do Planeamento em Saúde aliada à metodologia IPBC, que implicou uma avaliação centrada na compreensão das necessidades de saúde e sociais, nos indivíduos com 65 e mais anos, integrando agora as duas freguesias do concelho de Silves.

Foi possível identificar com a colaboração da GNR, o número de pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas por freguesias, no concelho de Silves.

Além da pesquisa documental efetuada, iniciaram-se as visitas domiciliárias às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas nas freguesias abrangidas para o projeto com vista a identificar as suas necessidades e fazer uma primeira abordagem no sentido de as apoiar. Todas as pessoas responderam mediante consentimento informado, conforme já referido anteriormente. Foi também realizado um pedido formal, via email, ao superior hierárquico da GNR da delegação de Faro, a solicitar a colaboração da GNR nas visitas domiciliárias. , que deu parecer favorável.

Posteriormente, formalizou-se com o GAPI a integração do projeto no grupo, através de uma reunião presencial, que decorreu na sala de reuniões da Biblioteca Municipal de Silves, em Outubro 2017.

Após aceitação do GAPI e pedido à autarquia para o grupo colaborar no projeto, continuaram-se a realizar as visitas domiciliárias a toda a população-alvo do projeto, em equipa multidisciplinar, com acompanhamento de enfermeiro, assistente social e GNR, em veículo cedido pela Câmara Municipal de Silves.

A aplicação de instrumentos de recolha de dados foi realizada em todas as visitas domiciliárias.

Para identificar as necessidades de saúde e sociais da amostra populacional, foram utilizados os mesmos instrumentos de recolha de dados que se aplicaram inicialmente à amostra integrante do diagnóstico de saúde, nomeadamente: a entrevista semiestruturada, a aplicação do *Índice de Katz* e da *Escala de Graffar*, com o objetivo de recolher dados fundamentais para a compreensão das necessidades destes idosos.

Assim, a análise de conteúdo, ambicionou conhecer as questões relacionadas com o envelhecimento e isolamento, e para tal, foi necessário realizar a transcrição das entrevistas e analisar e tratar os seus conteúdos, relacionando-os com a literatura pesquisada e consultada.

As respostas à entrevista semiestruturada, ao *Índice de Katz* e à *Escala de Graffar*, deram abertura para o entrevistado, com base nos domínios das questões orientadoras, falar de

aspectos físicos, sociais, ambientais e habitacionais, psicológicos, família, intimidade, morte, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e percepção das suas relações, perdas e emoções. A análise de conteúdo foi também precedida dos dados sociodemográficos que incluíram: gênero, idade, sexo, profissão, grau de escolaridade, estado civil, saúde e doença.

7.1.1 .Alterações à amostra populacional

Da amostra populacional inicial de 31 pessoas idosas, constituindo uma amostra não probabilística de conveniência, foram excluídas do projeto 12 pessoas idosas, uma vez que só foi possível realizar a entrevista a 19 pessoas idosas, devido a: três (9,7%) pessoas idosas não se encontravam no domicílio após três tentativas de contato; cinco (16,1%) faleceram; uma (3,2%) encontrava-se hospitalizada; uma (3,2%) estava casada pela segunda vez; outra (3,2%) vivia com um novo companheiro e outra (3,2%) habitava com o filho.

Durante a implementação do projeto, foram então excluídas um total de 12 pessoas idosas da amostra inicial, por não reunirem os critérios de inclusão. O que alterou a amostra populacional para 19 pessoas idosas isoladas.

No decorrer das visitas domiciliárias à zona rural, encontraram-se duas pessoas idosas vizinhas que cumpriam os critérios de inclusão da amostra e que integraram o projeto, ficando a amostra final da população-alvo, constituída por 21 pessoas idosas.

No entanto, a amostra mesmo não sendo representativa quantitativamente, é representativa qualitativamente da diversidade dos problemas dos idosos que habitam na zona rural.

7.2 Apresentação e Discussão de Resultados

A faixa etária da população da amostra varia entre os 67 a 92 anos. A idade média dos idosos foi de 80,1 anos, sendo que a das mulheres foi de 80,3 anos e dos homens 80 anos, o que confere um intervalo de 25 anos. A amostra foi constituída por 11 mulheres (52%) e por 10 homens (48%).

Os conteúdos das entrevistas e dos instrumentos de recolha de dados foram transcritos e tratados através da análise de conteúdo proposita por Bardin (2009), tendo sido identificadas categorias, que associam dificuldades e necessidades sentidas pelos idosos: escolaridade e percurso profissional; recursos financeiros, habitação; qualidade de vida e saúde; relações significativas, perdas; isolamento e exclusão social.

Apresentam-se de seguida os resultados da informação recolhida conforme as categorias identificadas e explicitando as subcategorias.

- **Escolaridade e Percurso profissional**

Em termos da escolaridade, os resultados apontam para um total de uma pessoa com a Admissão (5%); uma (5%) com o 2º Grau do Ensino Secundário; oito (38%) com a 4ª Classe; duas (9%) com a 3ª Classe; uma (5%) com a 2ª Classe; uma (5%) com a 1ª Classe e sete (33%) analfabetos.

Esta categoria revela que os idosos entrevistados, podem apresentar dificuldades no quotidiano, principalmente os que não sabem ler nem escrever. No entanto, alguns entrevistados referem que não sabem ler, mas sabem escrever o nome: “*Sou analfabeto mas sei escrever o meu nome.*” [12]; “*Sei escrever o meu nome.*” [19]. Assim um dos problemas identificados foi a **baixo nível de escolaridade**.

O analfabetismo prende-se com outros problemas, como a compreensão do estado de saúde e a socialização, visto que não é só o ato de ler e escrever em sí, mas também a facilidade em compreender os acontecimentos em diferentes situações sociais (Santana, Loba, Santos, Alexandrino, Alencar & Souza, 2016).

De entre os aspetos multifatoriais da perda cognitiva em idosos, um aspeto relevante a ser abordado é o nível de escolaridade. As pessoas idosas sem escolaridade ou baixa escolaridade, apresentam um fator limitante ao conhecimento, defesa dos próprios direitos, bem como o usufruto de produtos e bens culturais, levando à exclusão social tendo um impacto direto na participação da vida comunitária (Santana et al., 2016).

Todos os entrevistados (100%), nasceram e viveram no meio rural e, maioritariamente (51%), tiveram um **percurso profissional associado ao desempenho de atividades agrícolas**, o que confere ao seu processo de envelhecimento características diferentes daqueles que viveram na cidade e perto dos recursos que esta oferece.

- **Recursos Financeiros e Habitação**

Todos os entrevistados são reformados (100%), e a subcategoria dos recursos financeiros indica que 19 idosos (91%) recebem uma reforma abaixo do rendimento mínimo nacional e dois (9%) recebem acima do salário mínimo nacional.

A maioria dos inquiridos vive com pouco dinheiro e referem a falta dele como principal problema na velhice. Algumas unidades de registo confirmam o referido: *“Pago 360 euros a uma senhora que vem cá a casa cuidar de mim e fazer-me a comida...não me sobra nada.”* [I2]; *“Tenho falta de dinheiro...”* [I3]; *“Preciso de mais dinheiro.”* [I20]

A **escassez de recursos financeiros** surge como um problema verbalizado por estes idosos.

A falta de recursos financeiros, constitui outro problema real no nosso país, confirmado também na evidência científica e no panorama nacional, onde os idosos são maioritariamente pertencentes a classes sociais baixas, o que advém de questões governamentais de ordem política e social (WHO, 2015).

O envelhecimento é representado através de uma perspetiva de doença, solidão e incapacidade que se relaciona com a aposentação, indicando o quanto a perda do trabalho relaciona-se com a falta de recursos económicos, à perda dos contatos sociais e da capacidade física (Torres, Camargo, Bouldfield & Silva, 2015).

Por outro lado, a reforma aparece como o momento máximo de sabedoria e experiência, mas sempre associada a uma condição de decadência, quando se chega ao ápice e depois se espera o declínio (Torres et al., 2015).

Os idosos são frequentemente mais vulneráveis à discriminação, que de acordo com a WHO (2015), após a aposentação, ficam com uma maior fragilidade das suas redes de suporte social.

Aplicou-se a *Escala de Graffar*, com o intuito de avaliar a classe social a que o entrevistado pertence, relacionando a capacidade habitacional e financeira do indivíduo (Figueiredo, 2012). Os resultados da *Escala de Graffar* revelam que uma pessoa (5%) pertence à Classe Média e 20 pessoas (95%) pertencem à Classe Média Baixa.

A classe social é um conceito utilizado que se caracteriza pela separação e estratificação social de pessoas e grupos que ocupam lugares distintos na sociedade. As classes sociais apresentam desigualdades entre elas, que alteram o acesso ao poder financeiro, bens materiais, educação e outros benefícios e estas alterações marcam a diferença entre as classes na sociedade e repercutem-se na qualidade de vida das pessoas. As classes sociais existem entre grupos e indivíduos, independentemente das suas vontades, e influenciam as formas como estes agem na sociedade (Almeida, 2009).

Todos os entrevistados vivem na área rural, numa zona antiga e em condições habitacionais básicas e modestas. Houve referência às **condições estruturais precárias da habitação**, que trazem problemas de deambulação, o que associado à falta de capacidade financeira para fazer obras na habitação, aumenta as dificuldades diárias, confirmando-se em: “*A casa já é velha...quando o meu marido era vivo ainda arranjávamos a casa...agora não tenho dinheiro...*” [15]; e no caso do [12] que refere apenas permanecer no rés-de-chão da casa porque já não consegue subir as escadas.

Considerando as dificuldades ambientais existentes na zona rural somadas ao baixo rendimento dos idosos, depreende-se que a limitação de recursos financeiros pode dificultar a liberdade de decisão, diminuir a autoestima e influenciar negativamente a saúde e bem-estar, porque podem estar inseridos num ambiente inseguro e tendencialmente degradante, que influencia a sua dimensão física, psicológica e social (Tavares, Santos, Dias, Ferreira & Oliveira,

2015). Por outro lado, um bom nível socioeconómico, permite aceder aos recursos e realizar atividades diversificadas que melhoram a qualidade de vida (Tavares et al., 2015).

- **Qualidade de vida e saúde**

Na categoria qualidade de vida e saúde, os resultados apontam dois idosos (9%) que classificaram a sua saúde como excelente; quatro (19%) classificaram como boa; 10 (48%) como regular e cinco (24%) como má.

Uma **baixa percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde**, demonstra que a mesma é muito afetada pelo nível de dependência, idade avançada e o género, onde os aspetos da condição física alteram a noção de qualidade de vida e saúde (Lobo, Santos, & Gomes, 2014).

A dependência associada negativamente à percepção de qualidade de vida, pode resultar numa diminuição do acesso aos serviços e cuidados de saúde (Lobo et al., 2014). Os autores também evidenciam estudos que referem que o consumo de medicação contribuí para os menores scores da qualidade de vida.

De refletir que estes problemas são de avaliação subjetiva, uma vez que a diminuição de capacidades está inerente ao envelhecimento, mas cada indivíduo vivencia estas perdas de forma diferente e com graus variáveis de influência, conforme se confirma através da literatura pesquisada.

No domínio do meio ambiente, a relação com a autopercepção de saúde como excelente, boa, regular ou má, pode estar relacionada com os recursos financeiros dos idosos, o que pode influenciar no acesso ao serviços de saúde, considerando as dificuldades existentes na zona rural (Tavares et al., 2015).

A autonomia e participação social da pessoa idosa também se relacionam com a participação em atividades comunitárias, entendendo-se que a autopercepção negativa da saúde influencia a participação social, possivelmente pelas piores condições de saúde, e considerando-se também que no espaço rural as oportunidades de participação em atividades da comunidade são escassas (Tavares et al., 2015).

Na aplicação do *Índice de Katz* à população-alvo, foram identificadas 18 pessoas idosas (86%) independentes, duas (9%) com dependência moderada e uma (5%) com muita dependência, tendo como consequência o aumento de risco de complicações. Assim foi identificado como problema a **dependência nas AVD**. Houve necessidade de disponibilizar intervenção de apoio nas situações de dependência moderada e muito dependente, que foi recusada pelos três idosos, alegando dificuldade financeira para suportar o apoio domiciliário.

Em relação há **existência de doença crónica**, 17 idosos (81%) referem ter pelo menos uma doença crónica e quatro (19%) referem não ter doenças e ter uma saúde considerada boa para a sua idade.

As doenças que prevaleceram foi a hipertensão arterial (48%); a dislipidémia (19%); a diabetes mellitus, a doença cardíaca, as cataratas e o síndrome vertiginoso com 9% cada uma delas, e foram também referidas doenças como: artroses; epilepsia; depressão; gota; bronquite asmática; hiperplasia benigna da próstata e lítise renal, ambas numa percentagem de 5%. De realçar que a maioria das pessoas apresenta mais do que uma doença crónica.

Os resultados mostram também que 14 idosos (67%) sentem **dor** diariamente e sete (33%) não referem dor, apenas esporadicamente.

Os locais do corpo onde referem mais dor, são nos membros inferiores (19%) e coluna (19%); joelhos (14%); dor torácica (5%); articulações (5%); dores generalizadas (5%) e sem dor (33%).

Nos últimos anos, têm existido uma maior preocupação com as patologias da população idosa, especialmente as doenças crónicas não transmissíveis e/ou degenerativas, como a hipertensão, a diabetes e as doenças respiratórias, tendo significado pela sintomatologia que apresentam e que se repercute negativamente na vida quotidiana destas pessoas, impossibilitando-as de realizar atividades diárias (Mesquita, Morano, Landim, Collares & Pinto, 2012).

No processo saúde-doença-envelhecimento, a funcionalidade mostra-se como uma dimensão fundamental, pois o seu comprometimento aumenta o risco de outros problemas de saúde (Magalhães, Giacomin, Santos & Firmo, 2015).

- **Relações significativas e perdas**

A viuvez é um dos desafios emocionais que podem confrontar o idoso, onde as mulheres, por tenderem a viver mais e serem mais jovens do que os homens tem mais probabilidades de vivenciarem a viuvez (Papalia et al., 2013).

Os resultados revelam 12 idosos (57%) viúvos e nove (43%) solteiros.

No que diz respeito à situação conjugal, a condição de não ter cônjuge ou companheiro, ser solteiro, viúvo ou divorciado também se mostra associada à fragilidade (Carneiro, Cardoso, Durães, Guedes, Santos, Costa & Caldeira, 2017).

Ajustes à nova vida independente acontecem após a viuvez, e a mudança de *status* familiar, pode resultar na desistência dos papéis sociais e podem ser fatores conflituantes nas relações familiares (Persequino, Horta & Ribeiro, 2017). Por outro lado, as pessoas que partilham os seus sentimentos e pensamentos, aceitam melhor as alterações que o envelhecimento traz e parecem prolongar a sua vida (Papalia et al., 2013).

As relações interpessoais estabelecidas pelos idosos, também estão fragilizadas pela sua condição física e percepção de saúde, sendo que o suporte social e familiar precisa ser fortalecido (Tavares et al., 2015).

Os resultados revelaram um grupo de pessoas com uma atitude muito passiva perante a amizade, com uma relação fraca com os amigos, embora alguns refiram os vizinhos como fatores de convivência que atenua o isolamento e tristeza: *“Tenho um vizinho a 100 metros...falamos quase todos os dias...e duas vezes por ano, vou passar uns dias à casa de amigos que estão longe...tenho pintos e cães que me fazem companhia.”* [I6]; *“Tenho poucos amigos...levo dias sem ver os vizinhos”* [I7]; *“Tenho o apoio de um casal vizinho.”* [I16]; *“Tenho os vizinhos...aqui ao pé de casa.”* [I21].

Os resultados apontam 10 idosos (48%) com a presença semanal de familiares, e 11 (52%) vivem distantes dos familiares, como confirmam as unidades de registo: *“Tenho três filhos, uma está em Paris, outra tem cancro da mama e o meu filho já tem 70 anos”* [I2]; *“Tenho dois filhos, e um vem visitar-me uma vez por semana.”* [I3].

Assim, detetam-se como problemas a **escassez/perda de relações significativas**, nomeadamente ligadas à viuvez e à distância em relação aos familiares mais próximos ou outras pessoas significativas.

No domínio das relações sociais, este pode estar relacionado com a existência de uma maior identidade entre as pessoas da zona rural, favorecendo a manutenção de laços afetivos e maior contato com a rede de vizinhança, reforçando a interação social entre vizinhos (Tavares et al., 2015).

Em relação à participação social, destaca-se que a menor participação nas atividades quotidianas e sociais tem sido observada entre idosos das regiões rurais, e este facto pode estar relacionado com a distância e dificuldades de acesso aos locais de referência para convívio (Tavares et al., 2015).

Torna-se necessário assim procurar na comunidade alternativas de atividades que possam ampliar a participação social do idoso. Os grupos de convívio são ambientes ideais para os idosos se relacionarem uns com os outros, criando novas amizades, e para se divertirem, e contribuem para o desenvolvimento do idoso, fortalecendo a sua autoestima e outras capacidades (Cavalcanti et al., 2016).

- **Isolamento e exclusão social**

Em relação à categoria do isolamento e exclusão social, os idosos percecionam a solidão como uma ausência de companhia e distanciamento da comunidade. Como se verifica nas seguintes unidades de registo: *“Sinto-me muito sozinha porque me falta o meu marido...sinto falta de falar com pessoas...sinto-me longe de tudo e de todos”* [11]; *“O que mais sinto falta neste momento é de uma companhia...é muito triste...levo aqui todo o dia sozinho...”* [17].

Os resultados, mostram transversalmente, que o envelhecimento provoca transformações nos idosos e no seu relacionamento com os outros, resultantes das alterações nos papéis sociais e na família e conforme demonstra a literatura consultada.

A família é considerada o habitat natural do indivíduo, que, ao chegar à velhice, muitas limitações próprias dessa fase da vida emergem, podendo a família ser um dos apoios principais a quem o idoso tem confiança para receber os cuidados necessários, e onde a

convivência multigeracional contribuí para a melhoria da sua qualidade de vida (Cavalcanti et al., 2016).

Embora estas pessoas idosas reconheçam a vontade da família em tê-los em casa, elas preferem, ou pelo menos manifestam que preferem permanecer sozinhas na sua habitação para manter a sua autonomia, como confirmam as unidades de registo: “...vivo sozinho porque quero e gosto.” [I12] Muitos vivem sozinhos por escolha própria, mas não se sentem isolados devido às condições que criaram para desenvolver as suas atividades de vida diária: “... Antes era pior agora é melhor viver aqui porque já tenho luz a água de um furo.” [I11]; “Não sinto falta de nada e não há diferença em viver aqui agora ou antigamente, foi sempre igual.” [I14]; “...todos os dias venho à rua e estou com uma vizinha minha amiga.” [I20].

Os resultados revelaram **sentimentos de solidão, isolamento e exclusão social**, onde 10 idosos (48%), referiram esses sentimentos por não verem a família com regularidade e possuírem pouco suporte familiar e todos indicaram como necessidade a convivência com outras pessoas.

A família maioritariamente é uma razão de alegria, companheirismo e segurança para o idoso, pela segurança de ter alguém perto e sempre disposto a atender as necessidades e também oferece a possibilidade de manter a autonomia (Persequino et al., 2017).

O isolamento e exclusão social estão associados a vários fatores, visto que quatro pessoas (19%), revelaram **isolamento e exclusão social, por falta de saúde e ausência de médico de família**; duas (9%) referiram **isolamento por falta de transporte e de acessibilidades** à comunidade; duas (9%) referiram **exclusão social por falta de condições habitacionais** e três (14%) revelaram não sentir isolamento nem exclusão social.

O isolamento causado pela falta de acessibilidades, é comprovado pelas seguintes unidades de registo: “Antes fazia uma caminhada todos os dias...agora nunca mais fui...ia fazer as minhas compras à vila como antes, mas a camioneta passa a dois quilómetros de distância e fica na estrada...depois tenho uma subida que já não consigo fazê-la carregada de sacos.” [I5]. “Tinha falta de um carro ou transporte que parasse aqui mais perto de casa e me levasse e trouxesse...assim também falava com as pessoas...desanuviava a cabeça.” [I6].

A falta de condições económicas e acessibilidades, a perda de familiares e cônjuges, a perda de autonomia e conseqüente diminuição dos contatos sociais que daí advém, têm tendência para aumentar com a idade e provocar sentimentos de isolamento e exclusão social (Perseguino et al., 2017).

7.2.1 Considerações finais da análise de resultados

Conclui-se assim, que os problemas identificados pelas pessoas idosas isoladas e que implicam a satisfação das necessidades com eles relacionados são:

- Sentimentos de solidão, isolamento e exclusão social - resultantes de falta de saúde, inexistência de médico de família, falta de acessibilidades e também da falta de condições habitacionais.
- Escassez/perda de relações significativas, associadas a viuvez e à distância em relação aos familiares mais próximos ou outras pessoas.
- Baixa perceção da qualidade de vida relacionada com o estado de saúde.
- Doença crónica.
- Dependência nas AVD.
- Condições estruturais precárias da habitação.
- Baixo nível de escolaridade.
- Escassez de recursos financeiros.

Sendo vasta a lista de problemas e necessidades manifestadas pelos idosos e tendo em conta que o processo de planeamento é contínuo, a análise dos resultados priorizaram novamente como principal problema das pessoas idosas da zona rural, o isolamento social, tendo a intervenção, tal como previsto, incidido essencialmente nesta problemática, revelando-se esta priorização um aspecto essencial para a continuidade do projeto e das ações dos diferentes parceiros na promoção da saúde dos idosos, nomeadamente nas atividades de apoio na área da saúde e questões sociais.

7.3 Outras Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Projeto

A pesquisa de literatura, de dados estatísticos e indicadores sociodemográficos e de saúde foi realizada ao longo do Estágio I, para realização do diagnóstico de saúde do concelho de Silves, e foi também efetuada durante todo o Estágio Final, no sentido de complementar a informação pesquisada bem como na procura das melhores práticas atualizadas no cuidado à pessoa idosa.

Conforme previsto na preparação operacional além da identificação dos problemas/necessidades das pessoas idosas, realizaram-se reuniões com as entidades parceiras no projeto e convívios comunitários.

Num projeto de intervenção comunitária é fundamental estabelecer contatos e envolver toda a comunidade de modo a que seja possível concretizar o mesmo. Após a confirmação das parcerias e colaboração das entidades comunitárias no projeto, todas foram oficializadas com documento formal onde se apresentava a finalidade do projeto.

As entidades envolvidas no projeto, foram maioritariamente aquelas que integram o GAPI, nomeadamente: a UCC; GNR; Serviço de Ação Social e Educação Social de Silves; Câmara Municipal de Silves e Juntas de Freguesia das duas freguesias abrangidas pelo projeto, e assim, participou-se e integrou-se nas reuniões do GAPI.

Os convívios comunitários

Houve uma articulação e colaboração com a educadora social que colabora com o GAPI e com as juntas de freguesia das duas freguesias, no sentido de integrar-se a população-alvo do projeto nos convívios comunitários que se realizaram no âmbito da celebração do Natal para as pessoas idosas. Assim foram realizados na segunda e terceira semana do mês de dezembro de 2017, e integraram atividades de caráter lúdico e social sendo destinados a todos os idosos

das duas freguesias. A Unidade Móvel de Saúde esteve presente num dos convívios comunitários e proporcionou a vigilância dos sinais vitais e momentos de educação para a saúde das pessoas idosas que participaram no convívio.

Esta colaboração foi favorável e permitiu a integração das pessoas idosas do projeto nos convívios comunitários. Estas foram informadas através de dois contactos telefónicos realizados uma semana e um dia antes do convívio, respetivamente, no sentido de relembrar o evento social. As Juntas de Freguesia disponibilizaram o transporte para a deslocação do domicílio das pessoas até ao polo educacional e vice-versa. As deslocações foram acompanhadas por enfermeiro e motorista da Junta de Freguesia.

As visitas domiciliárias

A visita domiciliária para identificação das necessidades das pessoas idosas isoladas, foi implementada semanalmente e em equipa multidisciplinar. Da equipa fizeram parte três membros da GNR, a enfermeira, a assistente social e a educadora social.

Estas visitas, para além de evidenciarem as fragilidades, ajudaram a identificar as necessidades das pessoas, estimularam a confiança e o vínculo afetivo entre o profissional de saúde e a pessoas idosa e permitiram ajustar estratégias de atuação, indo ao encontro do contexto sociocultural e dos recursos disponíveis. Foram realizadas X visitas domiciliárias aos idosos isolados.

Coube ao enfermeiro, durante as visitas, detetar situações de vulnerabilidade física e psíquica, bem como identificar a existência de patologias e de situações de dependência impeditivas da autonomia. Sendo também possível trabalhar a aceitação da doença e a adesão aos tratamentos, a condição mental e questões de incapacidade física, como disponibilizar maior auxílio na doença e realizar os encaminhamentos necessários para serviços de saúde.

A assistente social averiguou os recursos da comunidade e políticas de ajuda social disponíveis para solucionar os problemas de cariz social, económico e habitacional.

A educadora social promoveu a literacia social dos idosos, bem como momentos lúdicos e de lazer, com partilha de conhecimentos e experiências.

A GNR, contribuiu na identificação dos idosos pelo programa “Residência Segura”, bem como, na sinalização e segurança destes, acompanhando as visitas.

8. AVALIAÇÃO DO PROJETO

A última etapa do projeto consiste na avaliação do mesmo.

A implementação do projeto de intervenção comunitária foi alvo de um processo de avaliação contínua que contribuiu para a tomada de decisões ao longo da implementação, em função do contexto ou necessidade que se encontrava no local, durante a visita domiciliária.

Procedeu-se também a uma avaliação das estratégias preconizadas para alcançar os objetivos, e ambos foram avaliados através do cálculo de indicadores construídos para o efeito.

O projeto teve como principal objetivo promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias do concelho de Silves, atingindo uma população-alvo final de 21 pessoas idosas isoladas.

Nesta sequência e tendo em vista o seu cumprimento foram estabelecidos objetivos específicos, que devem ser avaliados através do seu cumprimento e realização efetiva.

O primeiro objetivo específico, consistiu em **inserir o projeto de intervenção comunitária no GAPI de Silves, integrando nesta parceria a UCC e as entidades que formam o grupo.**

O cumprimento deste objetivo efetuou-se através da integração no grupo de trabalho do GAPI, nomeadamente na participação em todas as reuniões mensais do GAPI e no acompanhamento de um assistente social e GNR pertencentes ao grupo, para realização das visitas domiciliárias e conseqüente identificação e resolução de problemas.

O segundo objetivo específico foi **identificar as principais necessidades das pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, em duas freguesias do concelho de Silves,** e a sua avaliação foi validada pela identificação do número de pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias do concelho; bem como, pelas visitas domiciliárias realizadas em

equipa multidisciplinar, onde se detetaram as necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas isoladas, dentro do seu contexto social e habitacional.

A visita domiciliária foi implementada semanalmente e em equipa multidisciplinar. A avaliação desta estratégia foi realizada e validada pela verificação do cumprimento da visita domiciliária, ao domicílio da população-alvo.

Apresenta-se o indicador que disponibiliza a percentagem de visitas domiciliárias realizadas.

Indicador: Realização de visitas domiciliárias às pessoas idosas isoladas.

Nº de visitas domiciliárias realizadas X 100

Nº total de visitas domiciliárias programadas para implementação do projeto

31 X 100 = 100%

31

A percentagem de visitas domiciliárias à população-alvo inicial, foi de 100%, o que indica que foram realizadas visitas a 31 domicílios.

Foram inicialmente programadas 31 visitas domiciliárias que correspondiam à população-alvo inicial identificada, no entanto, no decorrer das visitas domiciliárias, confrontou-se com advertências já referidas anteriormente, que diminuíram a população-alvo para 21 pessoas idosas isoladas.

Assim considera-se o cumprimento do objetivo estipulado porque foram realizadas todas as visitas domiciliárias programadas, independentemente das exceções encontradas no local.

Durante a visita domiciliária foi realizada a entrevista e aplicados os instrumentos de recolha de dados, que permitiram aferir as principais necessidades das pessoas idosas isoladas.

Esta intervenção é avaliada através do indicador de atividade, que indica se foram ou não realizadas as entrevistas e aplicados os instrumentos de recolha de dados à população-alvo. Pretendia-se que toda a população-alvo final participasse no projeto. O indicador seguinte revela a percentagem de adesão da população-alvo ao projeto:

Indicador: Adesão da população-alvo ao projeto:

N.º de pessoas idosas isoladas que aderiram ao projeto X 100

N.º total da população-alvo

21 X 100 = 100%

21

A percentagem de adesão das pessoas idosas ao projeto foi de 100%, considerando-se assim, que este objetivo foi atingido, porque as 21 pessoas idosas isoladas aderiram e participaram no projeto.

Na avaliação do terceiro objetivo específico; **intervir nas necessidades de saúde e questões sociais, com vista à satisfação das necessidades identificadas, com o GAPI**; pretende-se contabilizar as intervenções de apoio que foram realizadas à população-alvo composta por 21 pessoas idosas isoladas.

Este objetivo monitoriza-se pela contabilização das intervenções de apoio prestadas, onde foram disponibilizadas 11 intervenções de apoio num total de 21 pessoas idosas.

Foram três as situações onde as pessoas apresentaram incapacidade física para realizar AVD sem supervisão, pelo que se forneceu, através do GAPI, a possibilidade de apoio domiciliário, mas as propostas foram recusadas pelos participantes do projeto.

As outras oito pessoas idosas, foram alvo de apoio na estimulação social e participação comunitária, onde aceitaram integrar e participar nos convívios comunitários.

A criação do convívio comunitário, foi uma estratégia utilizada que pretendeu reforçar o desenvolvimento pessoal e social dos idosos isolados, sendo a meta desta estratégia, conseguir-se integrar, cerca de 50% das pessoas idosas isoladas integrantes no projeto, nos Pólos Educacionais, que já existem nas freguesias.

Esta estratégia é validada pela realização ou não dos dois convívios preconizados durante o projeto, representados no cronograma de atividades (Apêndice III), onde foram realizados os dois convívios estabelecidos, um em cada freguesia.

Apresenta-se, de seguida, o indicador que demonstra a percentagem de idosos que participaram nos convívios comunitários:

Indicador: Adesão aos convívios comunitários

N.º de pessoas idosas que aderiram aos convívios comunitários X100

N.º total da população-alvo do projeto

8 X 100= 38%

21

A percentagem de participação nos convívios comunitários foi de 38%, o que revela a dificuldade em se conseguir reintegrar as pessoas idosas isoladas na comunidade.

Esta meta não foi atingida, identificando-se alguma dificuldade de alcance devido à auto-exclusão das pessoas idosas isoladas, no entanto foram realizados os dois convívios comunitários, conforme o planeado inicialmente, promovendo também a mobilização e disponibilização dos recursos existentes na comunidade.

No final do projeto, realizou-se uma reunião informal com o GAPI e com a UCC, onde se avaliou a parceria, com todas as entidades envolvidas no projeto, chegando-se à conclusão que se devem implementar melhorias que definirão alterações positivas ao projeto, no sentido de proporcionar um melhor apoio à população-alvo.

Na mesma reunião, percebeu-se que as principais limitações ao projeto são a auto-exclusão social da pessoa idosa isolada e a dispersão geográfica para se conseguir alcançar todas as pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas na zona rural do concelho.

Na avaliação do projeto com o GAPI, concluiu-se que se deve levar ao domicílio destas pessoas, o que elas necessitam, pois o desenvolvimento de intervenções no domicílio, proporcionará mais ganhos em saúde, se forem realizadas através e durante a visita domiciliária. Uma vez que esta proporciona momentos de educação para a saúde, convívio social e identificação e avaliação contínua das necessidades, ajudando a estabelecer também uma relação de confiança e empatia.

O grupo concluiu que poderá ser esta relação reforçada entre pessoa e profissional que pode conduzir a uma adesão à participação comunitária e à receção positiva da ajuda disponibilizada.

Também foi referida na avaliação a falta de profissionais de saúde e de assistência social para integrar em conjunto a visita domiciliária, sendo necessário este reforço e estimulação, tanto nas políticas de saúde como em todas as organizações locais e comunitárias.

É possível ainda classificar a avaliação do projeto, a partir dos critérios de eficiência, eficácia e efetividade.

Em relação à eficiência, o projeto usou os recursos da melhor forma possível dentro do tempo estipulado, tendo sido atingidos os objetivos do projeto com pouco custo financeiro associado, sendo que estes se prendem com as deslocações até à zona serrana do concelho cujos custos foram assegurados pela autarquia e GNR local.

A avaliação da eficácia do projeto, relaciona-se com a concretização das metas pretendidas, que se considera que foram atingidas parcialmente, pois nem todos os participantes aceitaram integrar os convívios comunitários, e nos três casos de necessidade de apoio na saúde e segurança, estes recusaram a ajuda disponibilizada, no entanto verificou-se a satisfação dos participantes em receberem a visita domiciliária.

A efetividade do projeto, relaciona-se com o alcance das transformações desejadas por meio de intervenções de apoio de saúde e sociais. A efetividade foi concretizada e substantiva no sentido em que se promoveu mudança qualitativa na vida das pessoas idosas isoladas, referindo estas que gostavam de ser mais vezes visitadas pela equipa multidisciplinar. Assim o processo de promoção de saúde destas pessoas, procurou envolvê-las na comunidade, numa perspetiva de que a saúde diz respeito a todos e exige o envolvimento e responsabilização de todos os sectores. A efetividade foi atingida porque requereu a implementação e continuidade do projeto com a sua integração no GAPI.

O impacto do projeto foi a curto prazo e direto na vida das pessoas, com intuito de avaliar e proporcionar respostas positivas na sua qualidade de vida.

A sustentabilidade do projeto depara-se com a probabilidade da visita domiciliária multidisciplinar continuar a ocorrer após o término do projeto, sendo que o GAPI vai tentar disponibilizar apoio nesse sentido e a UCC propôs a integração do psicólogo da autarquia local na equipa multidisciplinar para dar continuidade ao projeto, e entre todos, continuarem a realizar as visitas domiciliárias às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em todo o concelho de Silves.

Com vista a satisfazer as necessidades físicas e de participação ativa e inclusão social desta população, a aplicação das teorias de Enfermagem, durante o processo de cuidar e apoiar as pessoas idosas, facilitaram para o reconhecimento das alterações físicas, psicológicas e sociais que o envelhecimento provoca, o que permitiu também ajustar as intervenções com base nas capacidades destas pessoas e na avaliação das intervenções de apoio.

Foi realizada continuamente a promoção da saúde e prevenção da doença, onde a estimulação ao autocuidado, assumiu particular atenção, pois segundo Dorothea Orem, a capacidade de realizar as AVD, promove a manutenção das faculdades físicas e psicológicas das pessoas para se autocuidarem e assim, adquirem autonomia durante um período mais alargado de tempo (Orem, 1993).

As mudanças físicas relacionadas com a idade são inevitáveis; no entanto, o meio ambiente e condições externas em que a pessoa idosa está inserida, podem ajudar ou prejudicar o seu nível de independência.

Neste sentido a teoria de Miller, revelou-se um fator importante na prestação de cuidados às pessoas idosas da zona rural, pois as mudanças a nível fisiológico manifestam-se de forma progressiva; mas a nível psicológico podem envolver momentos de crescimento e sabedoria.

A nível ambiental e social, devido ao fato destas pessoas viverem isoladas da comunidade e maioritariamente com baixos rendimentos económicos e com condições habitacionais precárias, levou à consciencialização dos profissionais que o apoio no domicílio é essencial, assim como a participação dos idosos em atividades comunitárias dado serem um incentivo à participação social. Importa também referir que o projeto trouxe aos participantes institucionais, incluindo à autora, a consciencialização de que é necessário facilitar o acesso dos idosos aos serviços de saúde.

9. OUTRAS ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Durante os dois estágios na UCC, integrou-se outros programas da UCC, que de acordo com o seu Plano de Ação, dispõe de equipas que os cumprem.

Houve a participação nos cuidados à população, através da visita domiciliária com a ECCI, que desenvolve atividades de acordo com o enquadramento normativo da RNCCI. A ECCI conta com o apoio da equipa domiciliária da UCSP de Silves.

Colaborou-se com a ECCI, onde fomos ao domicílio das pessoas referenciadas para o apoio da equipa, em todo o concelho de Silves, e foram prestados cuidados domiciliários de Enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, através de visitas domiciliárias programadas e regulares, dando resposta às necessidades da pessoa dependente e família. Neste contexto, é possível e recorrente a realização de ações de educação para a saúde dirigidas aos os cuidadores, onde se realizaram ensinamentos sobre posicionamentos, controlo de Diabetes e Hipertensão Arterial, alimentação saudável e posologia de medicação, de modo a melhorar a qualidade de vida dos utentes e família (Plano de Ação da UCC, 2017)

A ECCI também realiza a gestão da informação e a monitorização desta, através do aplicativo *GestCare@* e elabora o plano individual de intervenção, dos utentes integrados na ECCI, onde se teve a oportunidade de visualizar o funcionamento do programa na UCC, bem como o todo o processo burocrático de registo do utente que integra a RNCCI (Plano de Ação da UCC, 2017).

Foi também possível a observação de uma sessão temática no projeto de preparação para a parentalidade e recuperação pós-parto, que intervêm na mulher grávida de 28 semanas até aos 3 meses de vida do bebé (Plano de Ação da UCC, 2017).

A equipa deste projeto é composta por médico, enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia; enfermeiro especialista em saúde comunitária; fisioterapeuta; higienista oral; psicólogo e terapeuta ocupacional (Plano de Ação da UCC, 2017).

A preparação para a parentalidade é um projeto que surge no âmbito da intervenção comunitária e pretende promover a educação parental e recuperação pós-parto.

A sessão de educação para a saúde a que se assistiu, no âmbito deste projeto, abordou temas como a higiene oral e a as modificações psicológicas e emocionais da mãe, em cada trimestre da gravidez, e foram apresentadas pela higienista oral e psicóloga da UCC. Estiveram presentes na sessão, grávidas e cônjuges que integram o projeto, e que são acompanhados durante a gravidez e puerpério no sentido de promover uma parentalidade segura e responsável. Estas sessões de educação para a saúde facultam aos casais conhecimentos e competências, promovem a vinculação entre pais e filhos e preparam o casal para o parto e recuperação puerperal.

Assistiu-se à reunião do grupo de trabalho do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, que decorreu na UCC e destina-se a apoiar crianças dos zero aos seis anos, com deficiência ou risco de atraso grave no desenvolvimento e suas famílias, na área da saúde, educação e integração social (Plano de Ação da UCC, 2017).

São referenciadas crianças do concelho e são realizados acolhimentos, pela equipa de intervenção, diretamente, através de visitas domiciliárias (Plano de Ação da UCC, 2017).

A equipa é formada por vários profissionais de várias áreas, como psicólogo, assistente social, terapeuta da fala e professores, que em reunião debatem cada caso referenciado e são decididas, em conjunto, as intervenções necessárias para apoiar a criança e família. Posteriormente são encaminhados profissionais de várias áreas, para implementar essas intervenções que podem ser realizadas no domicílio, creche, jardim-de-infância ou na UCC. São realizadas reuniões mensalmente para averiguar o desenvolvimento de cada caso e se é necessário implementar novas intervenções ou se o problema já está a ser resolvido (Plano de Ação da UCC, 2017). Notou-se na reunião, que algumas famílias são renitentes ao apoio prestado e que estas situações provocam um desequilíbrio emocional no seio familiar, pelo que é de se considerar intervir não só na criança mas também em toda a família envolvente e cuidadores.

Integrou-se a Unidade Móvel de Saúde, que cobre todo o concelho de Silves, exceto a freguesia de Armação de Pêra (Plano de Ação da UCC, 2017).

A Unidade Móvel de Saúde desenvolve atividades de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis e promove a vigilância da saúde. São realizadas atividades no âmbito da alimentação saudável, prática de exercício físico, sensibilização para a vacinação contra a Gripe e Tétano; Diabetes; saúde oral e doenças da boca e tabagismo (Plano de Ação da UCC, 2017).

Através da Unidade Móvel, integrou-se em atividades de vigilância da saúde, desenvolvidas em todo o concelho, nomeadamente no rastreio de: Hipertensão arterial e Diabetes. Estes momentos, em comunidade, promoveram a realização de ensinamentos e facilitaram a deteção de situações sociais precárias e de alterações na qualidade de saúde das pessoas.

Foi possível observar o projeto de educação para a saúde no Estabelecimento Prisional de Silves, no âmbito do programa de educação para a saúde para os reclusos, onde se abordou a temática da saúde oral, doenças da boca e tabagismo. De realçar a importância deste projeto, pelo que os reclusos constituem um grupo vulnerável de cuidados e onde a vigilância de saúde é de extrema relevância para promover a saúde e prevenir a doença.

Integrou-se e colaborou-se no projeto “Diabetes na Serra”, que visa melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde, promovendo a continuidade de cuidados, a pessoas com Diabetes, e cuja vigilância é determinante para a prevenção e para o diagnóstico precoce de complicações e comorbilidades (Plano de Ação da UCC, 2017).

Este projeto atende utentes com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na UCSP, residentes em São Marcos da Serra e que não dispõem de consulta hospitalar de Diabetes (Plano de Ação da UCC, 2017). O projeto integra um médico, um enfermeiro e uma assistente técnica. O transporte é facultado pela Câmara Municipal, com motorista (Plano de Ação da UCC, 2017).

Foram realizadas visitas domiciliárias quinzenalmente, onde foi possível monitorizar e vigiar a glicémia capilar dos utentes e perceber se existe um controle e autocuidado desta doença crónica como também fomentou momentos de partilha de informação e de promoção e educação para a saúde.

Observou-se uma sessão de Saúde Escolar, que têm como objetivo a promoção e educação da saúde nas escolas, promovendo competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar a sua saúde e qualidade de vida.

O Plano de Ação da UCC na saúde escolar abrange os agrupamentos de escolas do concelho de Silves e é realizado apenas por um enfermeiro. O enfermeiro da saúde escolar realiza sessões de educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino, a partir de um programa pré-estabelecido de acordo com as escolas, abordando temáticas da educação sexual, estilos de vida saudáveis, substâncias ilícitas, *Bulling*, prevenção de acidentes, suporte básico de vida, sensibilização para a vacinação de docentes e alunos e saúde oral (Plano de Ação da UCC, 2017).

O enfermeiro de Saúde Escolar desempenha um papel muito importante, porque deve ser capacitado de competências que o ajudem a cativar o público-alvo, que são os adolescentes, e torna-se por vezes difícil conseguir promover hábitos saudáveis nesta faixa etária. A comunicação e relação enfermeiro/aluno é relevante neste sentido, para que seja capaz de cativar a atenção e promover a sensibilização desta faixa etária para a mudança de estilos de vida.

Observou-se as reuniões da Rede Social, onde são desenvolvidas ações de educação para a saúde de proximidade com a população, em locais chave da comunidade e em colaboração com a Câmara Municipal de Silves.

A Rede Social aborda temáticas sobre a saúde da mulher, comemorações do Dia Mundial da Diabetes; vacinação da Gripe; saúde oral e conservação e preparação de alimentos (Plano de Ação da UCC, 2017).

Além destes programas e projetos, também se integrou e participou no GAPI de Silves, dentro do âmbito do projeto de intervenção comunitária, trabalhando em rede e em parceria, na procura, identificação, resolução e avaliação das situações problemáticas dos idosos.

Dentro da temática do envelhecimento surgiu a oportunidade de participar em duas ações formativas. O mês de outubro no concelho de Silves, é o mês dedicado aos idosos do concelho, sendo que o concelho disponibilizou à comunidade, um programa de atividades durante todo mês, que se denominou de: “Outubro, Mês Senior, Mês dos Maiores”; e neste

contexto, participou-se na ação de sensibilização “Violência doméstica contra os idosos – situação atual e estratégias de intervenção”, que decorreu em outubro de 2017, num período de quatro horas, no auditório da Biblioteca Municipal de Silves.

Participou-se também numa formação sobre maus tratos e violência contra as pessoas idosas, que decorreu em novembro de 2017, na ARS do Algarve, em Faro, num período de oito horas de formação.

De salientar a relevância destas formações, porque cada vez mais se assiste à negligência e maus tratos às pessoas idosas, que não se prendem apenas com violência física mas também psicológica e financeira, e que segundo a literatura, as mulheres são as mais atingidas. Deve-se promover estes temas na comunidade, no sentido de sensibilizar a população para a violência nos idosos e para a sinalização de situações que tenham conhecimento, na tentativa de promoverem a saúde comunitária e exercerem os seus deveres de cidadania e igualdade social.

Participou-se nos convívios comunitários “Presépios nos Pólos” e na “Gala Sénior de Natal”, em dezembro de 2017, onde se colaborou com a entidade organizadora, no sentido de integrar o projeto de intervenção comunitária nos convívios, promovendo a integração e participação social da população-alvo do projeto e utilizando um recurso já disponível na comunidade.

Ainda no decorrer do Estágio Final e constituindo um elemento de avaliação curricular, foi elaborado um artigo científico sobre o projeto desenvolvido na comunidade, que divulga os resultados obtidos após o tratamento da informação recolhida (Apêndice IV).

10. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A análise e prática reflexiva constituem um método de aprendizagem, na medida em que representa o cuidado que se tem em relação ao próprio processo de entendimento e consciência, sendo alvo constante de transformação e evolução.

Esta reflexão baseia-se no percurso global do mestrado e especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, relacionando a aquisição de competências comuns e específicas com os objetivos das UC de Estágio e Relatório, com vista à obtenção do título de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

As UC's de Estágio pretenderam que o estudante evidencie capacidade de reflexão sobre as práticas e fundamentação destas com base na evidência científica; demonstre capacidade de implementação e liderança de um projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas do Planeamento em Saúde, e analise o processo de desenvolvimento de competências em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Universidade de Évora, 2017).

Os estágios apresentaram uma natureza prática e reflexiva, pretendendo o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária durante o estágio final e elaboração do seu relatório de estágio, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, considerando com a produção do presente trabalho, que foram atingidos os objetivos curriculares, sendo descrito seguidamente como se atingiram em cada etapa da metodologia preconizada.

Neste sentido, cada etapa do planeamento será analisada em relação às competências clínicas específicas exigidas e também à capacidade de gestão e liderança, na atenção ao cumprimento dos objetivos de aprendizagem.

Esta exigência impõe desafios ao exercício profissional, enquanto enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, nomeadamente em relação à optimização das competências no âmbito do planeamento estratégico em saúde, enquanto processo que

engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de projectos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os seus ganhos em saúde. (OE, 2011).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 122/2011, 18 de fevereiro, p.8648) define enfermeiro especialista como:

“(…) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais”.

As competências comuns do enfermeiro especialista também englobam os domínios de competências de enfermeiro de cuidados gerais, embora mais elaboradas e com maior abrangência dos domínios, onde se adquirem competências clínicas especializadas decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro).

Sendo que os domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais são a responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional (Regulamento n.º 190/2015, 23 de abril).

A Enfermagem Comunitária nos cuidados à pessoa idosa deve considerar um conjunto de necessidades complexas e progressivas que requerem não só o domínio das competências gerais, comuns e específicas, como também uma constante adaptação às especificidades e exigências que o processo de envelhecimento comporta. Julgo que o envolvimento e trabalho desenvolvido neste âmbito permitiram adquirir as competências esperadas.

Por outro lado, o enfermeiro especialista pratica a responsabilidade profissional, ética e legal através de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; adquire melhoria contínua da qualidade desenvolvendo novas iniciativas estratégicas; gere os cuidados promovendo a optimização dos recursos e respostas da equipa de Enfermagem em articulação multiprofissional e desenvolve as aprendizagens profissionais

com assertividade e baseando a prática clínica em padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro).

O **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foi uma preocupação no decurso do estágio, uma vez que a intervenção na comunidade envolve pessoas e o respeito pela dignidade, privacidade e autonomia do outro, onde a análise de informação envolve questões ético-legais relacionadas com a investigação e intervenção, onde se enquadra o projeto desenvolvido, nomeadamente na recolha de dados e na resolução de problemas.

Neste sentido, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina concretiza que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa interveniente o seu consentimento livre e esclarecido (Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro)

Foram cumpridas as orientações da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve, para elaboração do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação (ANEXO III). O projeto foi submetido à avaliação da referida Comissão e da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas da Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora, ambas com parecer favorável à implementação do projeto.

Foram respeitados todos os direitos das pessoas idosas, informando o tipo de colaboração pretendido, assumindo o compromisso de salvaguardar a sua privacidade e anonimato no tratamento e discussão de resultados, promovendo-se assim uma prática profissional ética, legal e moral, baseada na dignidade humana.

Desenvolveram-se competências no **domínio da melhoria da qualidade**, onde a pesquisa contínua e atualizada das melhores práticas e evidência científica constituiu uma progressiva análise das práticas profissionais, no que se refere à satisfação das necessidades das pessoas idosas isoladas.

As competências no **domínio da gestão de cuidados** foram desenvolvidas durante as visitas domiciliárias multidisciplinares, onde se estabeleceu no local, a articulação e referenciação necessária para resolução dos problemas, em conformidade com a área em que se devia intervir precocemente, pelo potencial de risco associado.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, foram mobilizados conhecimentos com base científica, nomeadamente de dados estatísticos e indicadores de saúde atuais, os autores consultados são referência na área da Enfermagem, saúde e envelhecimento e são pertinentes e relevantes para a temática investigada.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o enfermeiro especialista distingue-se pelas competências específicas adquiridas e desenvolvidas que atribuem uma elevada capacidade de resposta adequada às necessidades de pessoas, grupos ou comunidades (Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho).

Assim, apresentam-se seguidamente as competências definidas pelo Regulamento n.º 128/2011, da OE, para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, descrevendo as atividades que permitiram desenvolver cada uma delas.

- **Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.**

Todas as atividades desenvolvidas ao longo do estágio foram planeadas, projetadas e implementadas com base na metodologia do Planeamento em Saúde. Procedeu-se à pesquisa e consulta de variáveis sociodemográficas e indicadores de saúde para execução do diagnóstico de saúde. A partir da análise à informação recolhida com a complementariedade da literatura científica, emergiu o fenómeno do envelhecimento como um problema real e em crescimento no concelho de Silves.

O diagnóstico de saúde, definiu um problema de intervenção, isolamento associado ao envelhecimento progressivo, sendo a população-alvo do projeto as pessoas idosas isoladas, de duas freguesias rurais da zona serrana do concelho de Silves.

Foram estabelecidas prioridades de intervenção, segundo critérios objetivos e científicos, com a utilização do Método de Hanlon e do Método de Grelha de Análise, para definir as principais prioridades de saúde e área de intervenção. Os objetivos formulados foram mensuráveis e as estratégias exequíveis e articuladas com outras entidades comunitárias, onde se promoveu o trabalho em parceria com outras instituições e áreas disciplinares no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções e multidisciplinaridade colaborativa.

Planeou-se e implementou-se um projeto de intervenção comunitária que promoveu a saúde das pessoas idosas isoladas, da zona rural do concelho, com vista à resolução dos problemas identificados. Procedendo-se, em última etapa, à sua avaliação com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade, sendo assim cumpridas todas as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde.

Considera-se assim, que com este trabalho desenvolvido, se adquiriu a competência de avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

- **Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.**

O projeto permitiu estabelecer parcerias com outras entidades da comunidade e com a rede social e de saúde, sendo dirigido a um grupo vulnerável da comunidade, intervindo num grupo populacional com necessidades específicas, onde as condições geográficas, linguísticas e culturais exigiram uma adaptação e adequação da intervenção, na tentativa de assegurar o acesso a cuidados de saúde e sociais mais integrados, continuados e ajustados.

O projeto foi planeado, concebido e avaliado com base na prevenção da doença e na promoção da saúde das pessoas idosas isoladas. De revelar que a capacitação da população nestas vertentes está relacionada com a comunicação em saúde, sendo muito importante na promoção da saúde, o relacionamento enfermeiro/pessoa, pois adquire complexidade relativamente ao processamento e interpretação da informação, empatia, leitura e consciência do meio envolvente e de si próprio. (OE, s.d.)

Na Enfermagem, a comunicação integra o cuidado, pois tem o poder de fortalecer laços realcionais e ajudar a satisfazer as necessidades do outro. O enfermeiro comunitário deve basear-se na compreensão da comunicação verbal e valorizar a comunicação não verbal como postura e expressões, audição e tato, pois estas podem provocar as mudanças pretendidas para um alcance de bem-estar e saúde. (OE, s.d.)

Foram utilizados conhecimentos e referenciais teóricos e modelos e estruturas conceptuais na prestação de Enfermagem, de forma a olhar holisticamente os problemas e compreendê-los na sua totalidade, relacionando-os com o contexto envolvente e fatores de risco associados.

O projeto empenhou-se na criação de uma parceria com GAPI, a GNR e a autarquia local, de forma a atingir os resultados esperados e com vista à consecução de projectos de saúde colectivos. Foi estabelecida parceria entre a UCC e as diferentes instituições da comunidade que colaboraram no projeto, no sentido de formalizar e maximizar as actividades de âmbito comunitário e obter ganhos em saúde. Tal como previsto na Carta de Ottawa, a saúde resultará de um trabalho multidisciplinar em rede, em que cada sector profissional contribui com o seu saber e responsabilidade (Carta de Ottawa, 1986).

Considera-se que o facto de se terem desenvolvido visitas domiciliárias, entrevistando as pessoas, identificando as suas necessidades e integrando as respostas a estas, através de actividades de intervenção no domicílio, prova a vontade de as capacitar contribuindo para a promoção da sua saúde e prevenção da doença.

Ao longo do projeto, foram vários os momentos de aprendizagem e educação para a saúde no sentido de criar habilidades e mecanismos nas pessoas idosas isoladas para diminuírem ou se adaptarem aos défices que advém do processo do envelhecimento.

Também o facto de estimular a sua participação em convívios comunitários, proporcionou oportunidades para a discussão de ideias e para a sua capacitação individual e social, nomeadamente, informando sobre os recursos sociais e de saúde que o concelho dispõe para apoiar as pessoas idosas e disponibilizando apoio necessário.

A visita domiciliária também procurou capacitar os cidadãos, sendo o momento ideal para reforçar a literacia em saúde da pessoa e esta assumir um papel mais autónomo, responsável e consciente na mudança de estilos de vida e na adequada utilização dos recursos de saúde.

O projeto incentivou à participação comunitária da pessoa idosa isolada, contribuindo para o empoderamento destas pessoas, para que estes se adaptem às suas condições e sejam ativos e integrantes na comunidade, promovendo assim, o desenvolvimento de pessoas e comunidades mais flexíveis e sensibilizadas para este grupo populacional.

Consideramos assim ter adquirido a competência “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, pois temos a convicção que nos empenhámos em concretizar processos de capacitação ao longo de todo o nosso estágio.

- **Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.**

Portugal é um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. O Plano Nacional de Saúde [PNS] considera o cenário epidemiológico e demográfico do país e contribui para que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados pelo envelhecimento populacional (DGS, 2015).

A DGS engloba o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, onde através da operacionalização das suas estratégias, contribui para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo da vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades desta população. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa, autonomia e independência (DGS, 2006).

Estas medidas apelam à responsabilização de todos os profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários, a quem compete, de forma especial, desenvolver atividades que respondam às necessidades atuais da população mais envelhecida (DGS, 2015).

O projeto de intervenção comunitária procurou integrar os objetivos do PNS, no sentido de promover a saúde e potenciar o bem-estar individual e em comunidade das pessoas idosas isoladas, com o respeito pela integridade pessoal e incentivando à educação, capacitação, identificação de situações críticas e facilidade de acesso aos serviços de saúde, sociais e de segurança do concelho.

De acordo com o PNS, os serviços de saúde devem priorizar estratégias como: investir na saúde, capacitar os cidadãos ao longo do ciclo de vida; combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças, e desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores (DGS, 2015).

O projeto procurou ativamente a qualidade dos cuidados e a adaptação destes aos contextos sociodemográficos e culturais das pessoas idosas da zona rural.

Também as atividades desenvolvidas em outros programas de saúde, durante os estágios, proporcionaram oportunidades de participar na consecução dos objetivos do PNS, nomeadamente o programa de Saúde Escolar e RNCCI.

A promoção de ambientes saudáveis alerta para a relevância dos fatores ambientais para a saúde, ao longo do ciclo de vida individual e das famílias (DGS, 2015), neste sentido, os convívios comunitários constituem uma forma ativa e de coesão social, que promove um ambiente saudável e aumenta o bem-estar e a produtividade das pessoas e das comunidades.

O objetivo geral do projeto foi promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas isoladas, de duas freguesias do concelho de silves, e perspetivou uma articulação multidisciplinar, na medida em que o concelho apresenta uma área geográfica extensa e dispersa caracterizada pela desertificação e envelhecimento da população residente. O projeto englobou a área da saúde e segurança social que ao intervirem em conjunto nas respostas de apoio à pessoa idosa, promovem uma maior abrangência e visibilidade da intervenção das entidades promotoras de saúde.

Considera-se que a criação do projeto e sua liderança, conseguindo a sua integração num grupo comunitário, promoveu a continuidade do trabalho interdisciplinar e fortaleceu a nossa aquisição desta competência específica, conforme se demonstrou

- **Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**

A vigilância epidemiológica é “um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença.” (Regulamento n.º 128/2011, 18 de fevereiro, p.8669)

Neste sentido, o diagnóstico de saúde e a implementação do projeto, sistematizaram os indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma determinada área geodemográfica.

A DGS (2018), salienta a importância da colaboração de todas as entidades individuais ou colectivas, públicas ou privadas, nas tarefas que venham a ser definidas para cada sistema de vigilância, condição indispensável para garantir o sucesso desta função do sistema de saúde pública.

Considera-se a aquisição desta competência, no sentido em que o trabalho desenvolvido no diagnóstico de saúde e consequente projeto de intervenção na comunidade, constituiu um contributo efetivo na atenção e colaboração da vigilância epidemiológica.

Os dados recolhidos e o desenvolvimento do projeto contribuíram para a consciencialização da necessidade de alargar a atividade comunitária dos enfermeiros no concelho, no sentido de essa atividade abranger, com mais equidade, as populações residentes nas áreas mais isoladas e rurais que necessitam de vigilância da saúde.

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é um processo contínuo e de constante aperfeiçoamento ao longo da vida profissional, na procura da excelência do desempenho profissional e da capacitação em saúde comunitária.

CONCLUSÃO

Ainda se assiste a uma cultura que associa o envelhecimento à doença, sendo maioritariamente descuidado o apoio adequado às pessoas idosas, pois os recursos das comunidades são orientados para a população considerada ativa e produtiva. Há necessidade de se mudarem os preconceitos relacionados com o envelhecimento, garantindo uma abordagem adequada dos problemas, direitos e prioridades da população idosa.

Segundo a literatura, a população idosa que vive na zona rural está a envelhecer cada vez mais à semelhança dos que vivem em zonas urbanas. O projeto desenvolvido em Estágio permitiu prestar cuidados de proximidade às pessoas isoladas da zona serrana de Silves.

O projeto revelou que as pessoas idosas que habitam a zona rural vivenciam o isolamento, têm baixos níveis de escolaridade e acesso à informação, habitações modestas e precárias, falta de recursos financeiros, perdas físicas associando à falta de saúde e doença crónica, limitações de transporte, dificuldade no acesso aos recursos sociais e de saúde. Por outro lado, a amostra populacional, mesmo não sendo vasta, dá-nos uma imagem bastante significativa dos problemas associados ao isolamento dos idosos na zona rural.

A análise de resultados demonstrou que a perceção da qualidade de vida e saúde passa por uma rede de recursos disponível, e o idoso que habita na zona rural, não se confronta apenas com as perdas físicas inerentes ao envelhecimento, mas também, com o isolamento e exclusão social, relatando sentimentos de solidão. Entende-se a importância da funcionalidade para a perceção positiva da qualidade de vida e saúde do idoso.

A autoperceção negativa da saúde, está associada também à dor diária e à falta de médico de família, à ausência de rendimento justo, à ausência de um companheiro, ao distanciamento da família e à falta de transporte até a comunidade.

O projeto confirmou a vulnerabilidade dos idosos à solidão, quer pela perda de relações significativas, quer pela falta de manifestação dos sentimentos a outrém, e demonstrou que

as variáveis sociodemográficas que influenciam a solidão são principalmente a idade, o estado civil, a residência e a acessibilidade à comunidade.

A compreensão desta etapa da vida ajuda os profissionais de diferentes áreas a olharem para esta população de uma forma mais abrangente e solícita, evitando o preconceito social. De facto os idosos são alvos de exclusão social devido às suas incapacidades e vulnerabilidades, sendo necessário criar comunidades e instituições solidárias e capacitadoras que combatam estes fenómenos.

Neste sentido, o projeto “Humanizar a Serra” - Promover a Saúde das Pessoas Idosas Isoladas, permitiu, para além de identificar as necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas isoladas, criar uma dinâmica comunitária, promovendo o apoio nas incapacidades físicas; o convívio e inclusão social que potencializaram o bem-estar e a participação ativa das pessoas idosas em atividades culturais e sociais.

As estratégias selecionadas para a execução do projeto, ajudaram a diminuir o isolamento social e a capacitar as pessoas idosas, apesar de ser a fase do ciclo da vida menos ativa, os idosos não têm de se sujeitar a um envelhecimento solitário e incapacitante.

Neste contexto, o projeto tentou apoiar as pessoas idosas mais esquecidas da zona serrana, que é a mais envelhecida do concelho de Silves, promovendo uma interação contínua com os idosos isolados para que estes permaneçam o maior tempo possível no seu meio ambiente, sendo estimulados a ultrapassar as limitações trazidas pelo envelhecimento.

As visitas domiciliárias foram uma estratégia facilitadora do projeto, proporcionando momentos de convivência, tal como a literatura evidencia, a utilização da escuta e diálogo como ferramenta de cuidado, permite que a pessoa idosa seja escutada, sentindo-se incluída socialmente quando partilha a sua experiência, dificuldades e sabedoria.

Sendo assim, foi possível após o levantamento das necessidades, implementar ações imediatas de apoio e referência nas situações de maior vulnerabilidade. Neste sentido foram atingidos os objetivos do projeto, pois foi possível prestar o apoio social e de saúde necessários consoante a identificação dos problemas em tempo real. A visita domiciliária foi um instrumento não só de proximidade mas também de diagnóstico, de planeamento e de intervenção, para prestar assistência de saúde e social à população em estudo.

Apesar disso, as visitas domiciliárias constituíram também uma das limitações do projeto, pois foi necessário a disponibilidade de um transporte, que nem sempre esteve acessível, dificuldade aliada ao facto da área rural ser muito ampla e dispersa, que faz com que o acesso destas pessoas também seja mais moroso e que tenha que ser contínuo no tempo, de forma a que se consiga chegar a todos. O aspeto positivo é que as visitas contínuas no tempo, e em locais estratégicos da comunidade, combatem as dificuldades associadas às características territoriais da zona serrana.

A área de intervenção influenciou a escolha de critérios mais restritivos para a seleção da amostra populacional, não se conseguindo assim levar o apoio a todos os idosos que habitam na zona rural das freguesias.

Segundo dados do GAPI, sabe-se que muitos idosos do concelho, vivem isolados mas não sozinhos, habitando maioritariamente em casal, sendo que um deles pode apresentar estados de dependência agravados, o que provoca uma sobrecarga no cônjuge e também potencia o seu isolamento e exclusão social. Estas vulnerabilidades são reais no concelho e também precisam de ser apoiadas com urgência, e neste sentido o GAPI, tenta desempenhar um trabalho de deteção e intervenção junto deste grupo populacional.

Outro aspeto que constituiu uma dificuldade à implementação das estratégias preconizadas, foi conseguir mobilizar a pessoa idosa do seu domicílio para a comunidade, porque embora tenham sentimentos de solidão e exclusão social, a literatura também evidencia que muitos deles não querem sair do seu domicílio por apresentarem incapacidades físicas e dor. A autoexclusão das pessoas idosas, foi notória, pois persistiu uma resistência a saírem do seu domicílio para a comunidade, revelando uma acomodação inevitável à sua condição social.

Assim, considera-se que os projetos de intervenção com a população idosa não devem ser centrados na figura do idoso como uma pessoa frágil e debilitada, mas sim com uma perspetiva de envelhecimento ativo, que estimule a participação na sociedade.

Destaca-se também a importância da família das pessoas idosas que vivem no meio rural, pois esta deverá ser uma fonte de recurso e apoio, uma vez que os serviços sociais e de saúde são escassos, o que aumenta a vulnerabilidade destas. A família é entendida pelas pessoas idosas, como uma fonte de segurança e proteção e deve ser também ela, conforme demonstra

a literatura, ser alvo de cuidados no sentido de ser participativa ao longo de todo o ciclo vida da pessoa.

Contudo, as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas, também dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais no processo de cuidar de uma forma integral e no exercício do trabalho em equipa multidisciplinar.

Os profissionais participantes no projeto tiveram o impulso de apoiar o idoso através do princípio de solidariedade, igualdade e justiça social e perceberem as suas competências profissionais e de cidadania para intervir em cada situação de vulnerabilidade identificada, em conjunto com todas as áreas intervenientes e os recursos da comunidade.

A colaboração da UCC, do GAPI, da GNR e da autarquia foi voluntária e de mútuo interesse em aproveitar o desenvolvimento do Estágio para promover a qualidade de vida e de saúde de um grupo populacional do concelho que necessita de apoio crescente.

O projeto teve uma boa aceitação e adesão pelos profissionais das outras áreas, o que revela que a comunicação entre os pares e com as estruturas comunitárias foi realizada de forma assertiva e contribuiu para a concretização do projeto.

O enfermeiro especialista tem a responsabilidade de conhecer e aplicar as normas e diretrizes instituídas, colaborar na aprendizagem individual e coletiva e ser um incentivo para expandir o conhecimento. O contributo enquanto profissional de saúde, passou pela participação ativa e sempre que possível noutras áreas e projetos que decorreram na UCC, cumprindo com as normas estabelecidas para as boas práticas e atingindo os objetivos do estágio.

A Deontologia Profissional, também orienta o enfermeiro a ter em vista a excelência do seu exercício, com o dever de garantir uma atualização contínua dos seus conhecimentos, tendo por base uma formação permanente, atualizada e aprofundada nas ciências humanas (Decreto-Lei n.º 161/96, 4 de Setembro).

Para um enfermeiro especialista, a formação acrescenta competências no domínio do Saber-saber, pois há aquisição de conhecimento atualizado e desenvolvimento teórico,

permitindo que este seja capaz de analisar e tomar decisões válidas, mesmo perante o inesperado. O que o capacita o domínio do Saber-fazer, pois desenvolve tecnicamente as suas ações; e numa profissão que apela à relação e gestão de emoções, o Saber-estar diferencia o cuidar, pela capacidade de se ter atitudes baseadas em valores éticos e morais (Sousa, s.d.).

O enfermeiro especialista deve também Saber-transformar no sentido da inovação, adaptação e mudança para melhores práticas, o que se torna por vezes difícil nas instituições e na comunidade (Sousa, s.d.). Tentou-se com o projeto desenvolver a prática profissional nos vários campos do saber, com a certeza que este é um processo sempre inacabado e em permanente construção.

O conhecimento representa também uma competição saudável dentro das equipas multidisciplinares, uma vez que é um recurso ligado diretamente há capacidade de inovação e procura da excelência. A procura pelo conhecimento deve acompanhar a maior exigência das pessoas e comunidades à informação e aos melhores cuidados, num século onde se proclama os direitos mais do nunca, tem de haver uma gestão e adequação dos cuidados prestados, no sentido de aliar a busca do conhecimento à apresentação de resultados, pois o conhecimento adquirido deve ser revertido em produtividade e qualidade da prestação.

Conclui-se que a estudante enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, implementou um projeto de natureza comunitária, cumprindo com os objetivos pressupostos para o Estágio e Relatório, no sentido que estabeleceu, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, e num processo contínuo de aprendizagem, participação, coordenação e avaliação, foram realizadas todas as etapas previstas.

Foi realizada a reflexão contínua sobre as repercussões do projeto no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde das pessoas em diferentes contextos, neste caso as pessoas idosas isoladas.

A reflexão contínua sobre a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, durante o estágio, possibilitou o desenvolvimento profissional e de cidadania, bem como a obtenção de novos conhecimentos e competências na área de intervenção comunitária.

Para a obtenção de grau de mestre, considera-se que se obteve conhecimentos aprofundados que permitiram o desenvolvimento da investigação e capacidade de resolução de problemas em novos contextos e em colaboração multidisciplinar. A reflexão constante, também fomentou a responsabilidade ética e social das ações, e o presente relatório explicita a aquisição das competências pretendidas, ao longo do tempo.

Considera-se que o trabalho desenvolvido constituiu um contributo para a promoção da saúde das pessoas idosas isoladas e para as instituições comunitárias envolvidas no projeto. Através dele também se visibilizou a ação dos enfermeiros comunitários e contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem. Novos estudos e projetos devem ser realizados na área do envelhecimento e isolamento, para melhor interpretar o impacto das condições de vida das pessoas idosas, que habitam na zona rural, na sua saúde e responder de forma adequada às suas necessidades.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Regional de Saúde [ARS] Algarve. (2015). Relatório de Atividades 2015. Ministério da Saúde. Acedido em maio de 2017, disponível em www.arsalgarve.min-saude.pt
- Almeida, H. B. (2009). *Diferenças, igualdade*. Editora Berlendis & Vertecchia. São Paulo.
- Apóstolo, L. A. J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.
- Arango, C., D. (2013). O Envelhecimento da População: Um Desafio para a Saúde Pública. *Revista CES Salud Pública*, 4(2):82:83.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Versão revista. Edições 70. Lisboa
- Beleza, C. M. F., Figueiredo, M. L. F., Santiago, A. K. C. & Luz, M. H. B. A. (2013). O cuidado holístico como base na assistência de enfermagem ao idoso. III Congresso Internacional de Envelhecimento Humano [CIEH]. Campina Grande. Brasil. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito__7f0986d426031acbe6894f62ee77a5cf.pdf
- Burlá, C.; Pessini L.; Siqueira E., J.; & Nunes R. (2014). Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, 22, nº1. Brasília. Acedido em maio de 2017 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100010
- Camargos, C., S., M., Rodrigues, N., R. & Machado, J., C. (2011). Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Revista brasileira Est. Pop.*, 28(1):p. 217-230. Rio de Janeiro. Acedido em junho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>

Carmona, F., C., Couto, V., D., V. & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 19(4):p. 681-691. Maringá. Acedido em junho de 2017 em <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00681.pdf>

Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. & Caldeira, A. P. (2017). Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(4):747-52. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0747.pdf

Carta de Ottawa. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Cavalcanti, F. K., Mendes, M. S. J. F. Q. F., Martins, P. Q., Lima, J. R. & Macêdo, K. G. P. (2016). O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Av. Enfermagem*; 34(3):259-267. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/60248/60>

Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 176 – 13 de setembro de 2016. Acedido em maio de 2017, disponível em www.dge.mec.pt.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Regula a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e estabelece o seu regime de organização e funcionamento *Diário da República*, 1.ª série — N.º 38:1182-1189. Lisboa. Acedido em maio de 2017, disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. CAPÍTULO II Disposições gerais Artigo 4.º Conceitos. Acedido em maio de 2017, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. [DGS]. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Lisboa. Acedido em fevereiro de 2018 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

Direcção-Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Ministério da Saúde. Lisboa

Direcção-Geral da Saúde. [DGS]. (2017). Plano Estratégico 2017-2019. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal. Acedido em janeiro de 2018, disponível em <https://www.dgs.pt/a-direcção-geral.../plano-estrategico-dgs-2017-2019-pdf.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. [DGS]. (2018). Vigilância Epidemiológica. Site oficial online. Ministério da Saúde. Portugal. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>

Félix, C. (2011). Reflexão sobre o Envelhecimento da População Portuguesa – O passado versus o presente. Acedido em maio de 2017, disponível em <http://www.psicologia4u.com/reflexao-sobre-o-envelhecimento-da-populacao-portuguesa/>

Ferreira, P., C., F., Bansi, L., O. & Paschoal, S., M., P. (2014). Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. Artigo de Revisão. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 17(4):911-926. Rio de Janeiro. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400911&script=sci_abstract&tlng=pt

Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo online. Acedido em maio de 2017 em <https://www.pordata.pt/>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2015). Famílias clássicas unipessoais segundo

os Censos: total e com 65 e mais anos. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em www.pordata.pt/Portugal/Fam%3adlias+cl%3a1ssicas+unipessoais+segundo+os+Censos+total+e+com+65+e+mais+anos-788

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2016). População residente: total e por grandes grupos etários. PORDATA – Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em www.pordata.pt/Portugal/Popula%3a7%3a3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%3a1rios-513

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2017a). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em [www.pordata.pt/Portugal/Esperan%3a7a+de+vida+%3a0+nascen%3a7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%3a9nio+a+partir+de+2001\)-418](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%3a7a+de+vida+%3a0+nascen%3a7a+total+e+por+sexo+(base+tri%3a9nio+a+partir+de+2001)-418)

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2017b). Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em [www.pordata.pt/Portugal/Esperan%3a7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+tri%3a9nio+a+partir+de+2001\)-419](http://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%3a7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+tri%3a9nio+a+partir+de+2001)-419)

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018a). Agregados domésticos privados unipessoais: total e de indivíduos com 65 e mais anos. PORDATA – Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em www.pordata.pt/Portugal/Agregados+dom%3a9sticos+privados+unipessoais+total+e+de+indiv%3adduos+com+65+e+mais+anos-822

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018b). Indicadores de Envelhecimento, Portugal. PORDATA – Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em maio de 2017, disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018c). Índice de dependência de idosos, Europa. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-1929>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018d). Índice de envelhecimento na Europa. PORDATA – Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.pordata.pt/Pesquisa/INDICE%20ENVELHECIMENTO>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018e). Índice de envelhecimento por Município. Portugal. PORDATA – Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018f). Índice de Longevidade. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em www.pordata.pt/Europa/%c3%8dndice+de+longevidade-1930

Fundação Francisco Manuel dos Santos [FFMS]. (2018g). Taxa Bruta de Natalidade. PORDATA - Estatísticas, Gráficos e Indicadores de Municípios, Portugal e Europa. Acedido em março de 2018, disponível em www.pordata.pt/Europa/Taxa+bruta+de+natalidade-1605

Fundo da População das Nações Unidas [UNFPA]. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. Nova York e HelpAge International, Londres. Acedido em maio de 2017, em https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

Ilha, S., Argenta, C., Silva, R., S., M., Cezar-Vaz, R., M., Pelzer, T., M. & Backes, S., D. (2016). Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Journal of Research Fundamental. Care Online*, 8(2):4231-4242. Acedido em março de 2018, disponível em

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4242/pdf_1864

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª Edição. Edições de Saúde. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). Censos 2011 – Resultados Provisório. Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2016). Estimativas de População Residente em Portugal – 2015. DESTAQUE – Informação e Comunicação Social. Acedido em março de 2018, disponível em www.ine.pt.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2017). Estimativas da população residente em Portugal – 2016. DESTAQUE – Informação e Comunicação Social. Acedido em março de 2018, disponível em www.ine.pt.

Lei n. 156/2015, de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]. Capítulo VI – Deontologia Profissional. Acedido em maio de 2018, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Lobo, A. J. S., Santos, L. & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. Revista Brasileira Enfermagem, vol.67, n.6, pp.913-919. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600913&script=sci_abstract&tlng=pt

Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). Promover a Saúde. Dos fundamentos à ação. 1ª Edição revista e atualizada. Edições Almedina. Coimbra.

Loureiro, I., Miranda, N. & Miguel, J., M., P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento

local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 31(1):23–31. Acedido em março de 2018, disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/9162/1/Promo_saude_local.pdf

Magalhães, K. A., Giacomini, K. C., Santos, W. J. & Firmo, J. O. A. (2015). A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(12): 3787-3796. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203787&script=sci_abstract&tIng=pt

Melo, M. C. R., Rua, S. M. & Santos, S. V. B. C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143–151. Acedido em fevereiro de 2018, em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>

Mesquita, R. B., Morano, M. T. A. P., Landim, F. L. P., Collares, P. M. C. & Pinto, J. M. S. (2012). Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5). Rio de Janeiro. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500006

Miller, C. A. (2012). *Nursing for Wellness in Older Adults*. 6.ª Edição. Wolders Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.

Luz, H., R., A. & Miguel, I., C. (2014). *Gerontologia Social: Perspetivas de análise e intervenções*. Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional. Instituto Superior Bissaya Barreto. Coimbra. Acedido em março de 2018, disponível em http://www.fbb.pt/isbb/wp-content/uploads/sites/8/2014/03/Publica%C3%A7%C3%A3o-GS-COMPLETA_Maio-2014-3.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário*. Artigos de publicação. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (s.d.). Visitação domiciliária. Lisboa. Acedido em dezembro de 2017, disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt>.

Orem, D. (1993). Conceptos de enfermeria en la practica. Masson-Salvat Enfermeria. Barcelona.

Papalia, D. E., Feldman, R. D. & Martorell, G. (2013). Desenvolvimento Humano. 12.^a Edição. AMGH Editora Ltda. Porto Alegre. Acedido em janeiro de 2018, disponível em <http://sandrachibi.com/wp-content/uploads/2017/03/desenvolvimento-humano.pdf>

Pereira, E., R. (2011). Metodologia da Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde: uma proposta. X Curso de Mestrado em Saúde Pública. Especialização em Políticas e Administração de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa. Acedido em maio de 2017, disponível em <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:run.unl.pt:10362/9583>

Perseguino, M. G., Horta, A. L. M. & Ribeiro, C. A. (2017). A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. Revista Brasileira Enfermagem, 70(2):235-41. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0235.pdf

Pires, A. F., Santos, B. N., Santos, P. N., Brasil, V. R. & Luna, A. A. (2015) A importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem no cuidado de enfermagem. Universidade UNIGRANRIO. Revista Académica Rede de Cuidados em Saúde., 9(2). Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rcs/article/view/2533/1292>

Plano de Ação da UCC (2017). Unidade de Cuidados na Comunidade Rio Arade. ACES Barlavento Algarvio. ARS Algarve IP. Silves.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2013). Fundamentos de Enfermagem. 8.^a Edição. Elsevier Editora, Ltda.. Rio de Janeiro. Acedido em novembro de 2017, disponível em <https://books.google.pt/books?id=uToPBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>

Queirós, P. J. P.; Vidinha, T. S. S. & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(3):157-164, nov./dez. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Rede Social de Silves. (2016). Diagnóstico Social. Concelho Local de Ação Social de Silves. Silves.

Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 118:8648-8653. Acedido em maio de 2017, disponível em <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>

Regulamento n.º 128/2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35: 8667-8669. Acedido em maio de 2017, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 79:10087-10090. Acedido em maio de 2017, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho de 2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 118. Lisboa. Acedido em maio de 2017, disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de janeiro. Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da

biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em http://www.pgdisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1644&tabela=leis&so_mio=

Rinaldi, F. C., Campos, M. E. C., Lima, S. S. & Sodré, F. S. S. (2013) O papel da enfermagem e sua contribui o para a promo o do envelhecimento saudável e ativo. *Revista eletr nica gestão & saúde*, 4(2):2326-2238. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/viewFile/22957/16480>

Rosário, M. S., Wiechoreck, C., Parizotto, G. C. S., Argenta, C. & Lucena, A. F., (2015). Consultas de Enfermagem para avalia o global da saúde da pessoa idosa. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 11 (3):103-104.

Santana, R. F., Loba, H. A., Santos, G. L. A., Alexandrino, S. A., Alencar, T. D. & Souza, T. A. (2016). Oficinas de estimula o cognitiva para idosos com baixa escolaridade: estudo interven o. Acedido em janeiro de 2018, disponível em <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/44711/60920>

Saviato, R. M. & Leão, E. R. (2016). Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. *Escola Anna Nery* 20(1):198-202, Jan-Mar. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0198.pdf>

Schneider, R., H. & Irigaray, T., Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. *Estudos de Psicologia* I, Campinas I, 25(4):585-593, outubro – dezembro. Acedido em maio de 2017 em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>

Silveira, R. C. P. & Robazzi, M. L. C. C. (2014). Avalia o de enfermagem ao adulto e idoso e teoria das necessidades humanas básicas: uma reflexão. *Revista de Enfermagem on line*, 8(10):3525-32. Recife. Acedido em fevereiro de 2018, disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10085/10534>

Sousa, D. (s.d.). Competências e Saberes em Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
Acedido em março de 2018, disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt

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

Tavares, D. M. S., Santos, L. L., Dias, F. A., Ferreira, P. C. S. & Oliveira, E. A. (2015). Qualidade de vida de idosos rurais e fatores associados. Revista de Enfermagem UFPE online, 9(11):9679-87. Recife. Acedido em janeiro de 2018, disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10756/11879>

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

Torres, T. L., Camargo, B. V., Bousfield, A. B. & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. Ciência & Saúde Coletiva, 20 (12):3621-3630. Acedido em janeiro de 2018, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203621&script=sci_abstract&tlng=pt

Universidade de Évora (2017). Planeamento da Unidade Curricular Relatório. Mestrado em Associação. Universidade de Évora e Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre e Setúbal.

Waldow, V., R. & Borges, R., F. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. Artigo de Revisão. Acta Paulista de Enfermagem, 24(3):414-8.

Wichmann, F., M., A., Couto, A., N., Areosa, S., V., C. & Montañés, M., C., M. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2013; 16(4):821-832. Rio de Janeiro. Acedido em outubro 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n4/1809-9823-rbagg-16-04-00821.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2002). Active ageing: a policy framework.

Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster; Disease Prevention and Health Promotion Department; Ageing and Life Course. Madrid. Acedido em maio de 2017, disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organization [WHO]. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde: Organização. Pan-Americana da Saúde. World Health Organization. 1ª edição traduzida para o português. Brasília. Acedido em fevereiro de 2018 em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization [WHO]. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. Geneva. Acedido em dezembro de 2017, disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

APÊNDICES

APÊNDICE I: Guião da Entrevista



INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Perguntas Orientadoras da Entrevista

Pergunta 1

Há quanto tempo vive aqui?

Pergunta 2

Costuma ter o apoio de alguém?

Pergunta 3

O que mais sente falta neste momento?

Pergunta 4

Qual a diferença em morar aqui, com a sua idade, em relação ao tempo em que era mais novo?

Pergunta 5

Que ajudas considera que seriam úteis para si e que lhe fazem falta?

APÊNDICE II: Categorização da Análise de Contéudo

Tabela de análise de conteúdo – Necessidades das pessoas idosas isoladas			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo / Indicadores
Sociodemográfica	Situação escolar e profissional	Baixo nível de escolaridade	“Analfabeto” – I1; I5; I7; I9; I13; I17; “Sou analfabeto mas sei escrever o meu nome.” – I2. “1ª Classe” – I19. “2ª Classe” – I20. “3ª Classe” – I6; I14; I21. “4ª Classe” – I3; I8; I10; I11; I12; I15; I16; I18. “4º Classe e Admissão” – I4.
		Profissão	“Era agricultor” – I1; I5; I6; I7; I8; I14; I17; I18; I19; I20; I21. “Fui e ainda sou agricultora” – I4. “Carpinteiro” – I15. “Funcionário Público” – I16. “Monda de arroz e medronho” – I2. “Fui guarda da linha de comboios” – I3. “Doméstica” – I9; I10; I11; “Padeiro” – I12; “Pedreiro” – I13
		Em situação de reforma	“Sou reformado” – I1; I2; I3; I4; I5; I6; I7; I8; I9; I10; I11; I12; I13; I14; I15; I16; I17; I18; I19; I20; I21.
	Recursos Financeiros	Renda mensal baixa	“Recebo muito pouco...cerca de 300 euros.”- I1 “Abaixo do salário mínimo.” – I2; I3; I4; I5; I6; I7; I8; I9; I10; I11; I12; I13; I14; I15; I17; I18; I19; I20; I21. “Tenho falta de dinheiro...” – I3 “Pago 360 euros a uma senhora que vem cá a casa cuidar de mim e fazer-me a comida...não me sobra quase nada.” –I2

			“Tenho falta de dinheiro para fazer alguma coisa...não me chega para os gastos...” – I3
		Renda mensal média	“Acima do salário mínimo” – I16.
	Classe social	Classe Média Classe Baixa Classe Média Baixa	Classe Média – I16. Classe Baixa – I5 Classe Média Baixa – I1; I2; I3; I4; I6; I7; I8; I9; I10; I11; I12; I13; I14; I15; I17; I18; I19; I20; I21.
	Habitação	Condições de habitação	“A casa já é velha...quando o meu marido era vivo ainda arranjávamos a casa...agora já não posso.” –I5 “Os meus filhos puseram camaras em casa para conseguirem ver-me à distância.” –I3 “Tenho alarme dos Securitas em casa.” – I4 “Vivo numa casa tão grande, que agora depois de velha...torna-se grande demais e sinto-me sozinha...nem subo as escadas para 1ºandar...vivo no rés-de-chão.” –I2
		Tempo que habita na casa	“Há 60 anos.” – I1; I3 “Desde os 23 anos que vivo aqui...há 68 anos.” – I2 “Há 50 anos que vivo nesta casa.” – I4 “Há 63 anos.” – I5, “Há 66 anos.” – I6 “Há 45 anos.” – I7, “Há 30 anos.” - I8 “Há 15 anos.” - I9, “Há 50 anos.” - I10 “Há 37 anos.” - I11, “Há 76 anos.” - I12 “Há 80 anos.” - I13, “Há 45 anos.” - I14 “Há 44 anos.” - I15, “Há 38 anos.” - I16 “Há 81 anos.” - I17, “Há 86 anos.” - I18

			“Há 1 ano.” - I19, “Há 78 anos.” - I20, “Há 69 anos.” - I21
--	--	--	---

Tabela de análise de conteúdo – Necessidades das pessoas idosas isoladas

Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo / Indicadores
Saúde	Situação de saúde	Doença / Incapacidades	<p>“Tenho artroses e cataratas... vejo mal e ando com duas canadianas... tenho falta de andar bem porque tenho dor nas pernas.” – I1</p> <p>“Ando de bengala, já nem posso vir ao quintal...tenho reumático e já fui operada às cataratas...tenho dor nas pernas e nos braços...tenho uma cadeira elétrica mas não me arranjo com ela...” – I2</p> <p>“O meu problema é o esquecimento...ouço mal e uso lentes de contato...ultimamente tem me doído os joelhos.” – I3</p> <p>“Tenho epilepsia e tomo os comprimidos...tenho a tensão alta e falta de vista...já partí três vezes a perna direita e sofro de dores nas costas...também sofro do rins que tomo um chá da raiz de grama e para os problemas de vesícula bebo chá de epiricão que vou apanhar no campo.” – I5</p> <p>“Tonturas” – I15.</p> <p>“Dificuldade em mover a mão direita por causa de um acidente” – I19.</p>
		Dor	<p>“Dor nas costas e articulações” – I8; I10; I11; I17; I18; I20;</p> <p>“Dor nos joelhos” – I11; I13.</p> <p>“Dor nas pernas” – I21.</p>
		Sentir-se bem	<p>“Não tenho dores...sinto-me bem.” – I4; I16; I12; I15.</p>
	Dependência	Dependência	Dependência moderada – I1; I16.

	nas AVD (índice de Katz)	moderada. Muito dependente Independente	Muito dependente –I2. Independente - I3; I4; I5; I6; I7; I8; I9; I10; I11; I12; I13; I14; I15; I17; I18; I19; I20; I21
--	---------------------------------	---	---

Tabela de análise de conteúdo – Necessidades das pessoas idosas isoladas			
Dimensão	Categoria	Subcategoria	Unidades de registo / Indicadores
Solidão	Agudização da solidão	Diminuição do agregado familiar	“Há 13 anos que estou assim...sozinha.” – I1 “Há 11 anos que vivo sem ninguém.”- I2 “Há seis anos que vivo sozinha.” – I3 “Há 20 anos que vivo sozinha.” – I4 “Há sete anos que vivo sozinha.” – I5; I6
	Perda de relações significativas	Afetivas	“Fui casada e sou viúva desde 2004...não tenho ninguém, só um filho” – E1. “Sou viúva há 11 anos.” – E2 “Sou viúva há 6 anos e tenho os meus filhos.” – E3 “Sou viúva há 20 anos e faz-me falta o meu marido...mas já estou mentalizada.” – E4 “Sou viúvo/a” – E5; I6; I7; I8; I9; I10; I11; I12; I13; I14; I15; I16; I17; I18; I19; I20; I21. “Há quatro anos que morreu a minha mulher.” – I7 “Falo com os vizinhos mas não é a mesma coisa...se tenho saudades do meu marido...ele era muito meu amigo.” –I5

			<p>Estou sozinha há muitos anos, o meu marido já morreu há 13 anos..e ainda sinto falta dele.” – I1</p> <p>“Sinto falta do meu marido e dos meus filhos.” – I2</p> <p>“Tenho falta de uma companhia...do meu marido e da visita dos meus netos.” – I3</p> <p>“Perdí o meu marido há 20 anos...mas vou à vila e falo com as pessoas.” – E4</p> <p>“O meu marido foi uma perda muito grande.” –I5</p> <p>“Morreu-me a mulher há quatro anos...agora estou sozinho...mas tenho a minha filha.” – I7</p> <p>Tenho falta de viver com uma companhia...” - I17</p>
		Familiars	<p>“ O meu filho vem me ver de vez em quando...está longe!...tenho uma neta que também está a estudar, e pouco pode vir cá...ela é tão bonita” – E1</p> <p>“Tenho três filhos, uma filha está em Paris, outra tem cancro da mama e o meu filho já tem 70 anos, não pode ajudar-me e vive sozinho.” – I2</p> <p>“Tenho dois filhos, e vem visitar-me uma vez por semana.” – I3</p> <p>“Estão todos longe...pouco os vejo! A minha filha está em Espanha” – I4</p> <p>“A minha filha vive aqui perto, ela é que me traz as compras da vila, mas ela tem uma padaria e levantasse muito cedo e volta só à noite.” – I5</p> <p>“Tenho dois filhos, um deles vem visitar-me uma vez por semana...também tenho cinco netos e quatro bisnetos...não os vejo tanto quanto queria” – I6</p> <p>“Tenho duas irmãs, uma vem sempre uma vez por mês” - I9</p>
		Amizade	<p>“Pouco vejo os amigos...” – I1</p> <p>“Falo com toda a gente, todos os dias vou à vila, as vezes, três vezes por dia, faço três kilometros a pé... estar fechada em casa sozinha...não é para mim... e tenho 14 gatos são os meus amigos.” – I4</p> <p>“Tenho um vizinho a 100 metros...falamos quase todos os dias...e duas vezes por ano, vou passar uns dias à casa de amigos que estão longe...tenho pintos e cães que me fazem companhia.” – I6</p> <p>“Tenho poucos amigos...levo dias sem ver os vizinhos...eles moram por trás daquele monte.” – I7</p> <p>“Sinto falta da convivência...” - I8</p> <p>O que me falta é falar com pessoas” – I10; I11</p> <p>“Estar com os vizinhos...” - I20</p>

			“...gostava de uma companhia em casa.” - I21
Outras perdas	Sociais		<p>“Antes fazia uma caminhada todos os dias...agora nunca mais fui...queria fazer as minhas compras à vila... como antes, mas a camioneta passa a dois quilómetros de distância e fica na estrada...depois tenho uma subida que já não consigo fazê-la carregada de sacos.” – I5</p> <p>“Vivo aqui no campo...tenho o apoio da minha filha mas gostava de falar com os meus amigos...uns já morreram.” –I7</p> <p>“Falar com alguém...conviver.” - I16</p> <p>“Ir à vila mais vezes...vou com a minha filha as vezes e outras chamo um taxi.” - I8</p> <p>“Tenho falta de alugar a casa aqui ao lado...” - I15</p>
	Ocupacionais		<p>“sinto falta da horta, de semear e tratar da horta, mas agora entreguei-a ao meu filho.” - I17</p> <p>“Sinto saudades de costurar...arranjava a roupa a muita gente...era uma ocupação” – I2</p>
	Saúde		<p>“Tenho falta dos medicamentos e de ter médico de família, fiquei há 2 meses sem médico.” - I13</p> <p>“Faz-me falta saúde e uma companhia.” - I21</p>
Isolamento social/ Exclusão	Perceção da solidão		<p>“Tenho falta de não estar sozinha.” - I11</p> <p>“Falta-me muito a companhia de alguém...aqui estou sozinha, às vezes levo dias sem ver ninguém.” – I3</p> <p>“O que mais sinto falta neste momento é de uma companhia...é muito triste...levo aqui todo o dia sozinho...a minha filha vai trabalhar tem a vida dela...só tenho televisão na casa dela.” – I7</p> <p>“Sinto falta de conversar com alguém.” – I1</p> <p>“Tenho falta dee de uma companhia para falar.” – I3</p> <p>“Às vezes sinto-me sozinha...mas como vou todos os dias a Messines a pé, vejo e falo com as pessoas.” – I4</p>
	Momentos em que se sente só		<p>“Sinto-me mais sozinha à noite...antes tinha medo e agora já não...gostava de ter um carro ou alguém que me levasse a Messines, estamos muito longe da vila, só dá para ir de carro” – I6</p>

		Sentimentos de exclusão	<p>“Faz-me falta ir ao médico...há mais de uma no que não vou ao médico.” - I9</p> <p>“Não preciso de nada...ter médico de família.” - I10</p> <p>“Tinha falta de um carro ou transporte que parasse aqui mais perto de casa e me levasse a Messines para fazer as minha compras como antes...e depois me trouxesse...assim também falava com as pessoas...desanuviava a cabeça.” –I6</p> <p>“Sinto-me muito sozinha porque me falta o meu marido...sinto falta de falar com pessoas...sinto-me longe de tudo e de todos” – I1</p>
--	--	-------------------------	--

APÊNDICE III: Cronograma de Atividades

Meses 2017/2018	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Atividades/ Intervenções							
Pesquisa documental do concelho e de literatura e evidência científica, indicadores de saúde e sociodemográficos e dados estatísticos concelhios, nacionais e internacionais, relevantes para a temática.							
Diagnóstico de saúde.							
Envio de pedido formal à GNR; GAPI, Autarquia; Comissão de Ética da ARS Algarve e da Universidade Évora, respetivamente.							
Pedido de disponibilização dos dados sociodemográficos do concelho à GNR e GAPI.							
Pedido de colaboração e reunião com a GNR local para estabelecer disponibilidades de acompanhamento nas visitas domiciliárias.							
Implementação da visita domiciliária com acompanhamento da GNR.							
Integração e Participação nas reuniões do GAPI.							
Reunião com o GAPI, onde se apresenta o projeto “Humanizar a Serra – Promover a saúde das pessoas idosas isoladas”, explicando a problemática identificada.							
Implementação da visita domiciliária multidisciplinar.							
Entrevista e aplicação de Índice de Katz e Escala de Graffar.							
Envio de pedido formal às Juntas de Freguesia para colaboração nos convívios comunitários.							
Convívios Comunitários.							
Avaliação do projeto.							
Reunião com o GAPI e UCC para avaliação do projeto.							

APÊNDICE IV: Artigo Científico do Projeto



Unidade Curricular de Estágio Final

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação;
Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

2º ANO | 1º SEMESTRE

Ano Letivo 2017/2018

ARTIGO CIENTÍFICO

“NECESSIDADES DE SAÚDE E SOCIAIS DA PESSOA IDOSA ISOLADA”

Autor

Joana de Brito, nº36843

Docente Orientador

Profª Doutora Ana Paula Gato

Évora

janeiro / 2018

NECESSIDADES DE SAÚDE E SOCIAIS DA PESSOA IDOSA ISOLADA

Joana Soares Nobre de Brito; Licenciada em Enfermagem; Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão; Estudante do Mestrado e Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade de Évora; Portugal; joananobrebrito@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Conhecer as necessidades de saúde e sociais e promover o apoio de saúde e social à população idosa da zona rural do concelho de Silves. **Método:** Estudo observacional e descritivo, onde a metodologia da Investigação Participada de Base Comunitária e Planeamento em Saúde, permitiu a avaliação diagnóstica de necessidades de indivíduos com 65 e mais anos que vivem sozinhos na zona rural. Foram utilizados como instrumentos de recolha de dados a entrevista semiestruturada, a *Escala de Graffar* e o *Índice de Katz*. O tratamento estatístico dos resultados foi realizado no Microsoft Excel 2010. **Resultados:** Integraram o estudo 21 pessoas idosas, com idades entre os 67 a 92 anos. Os resultados evidenciaram: a diminuição de capacidades físicas, sensação de solidão e a dificuldade em se deslocar até à comunidade, além de dificuldades associadas à iliteracia; falta de recursos financeiros, precárias condições de habitação; baixa qualidade de vida e de saúde; ausência ou escassez de relações significativas, perdas, isolamento e exclusão social. **Conclusão:** O estudo revela as fragilidades das pessoas idosas da zona rural, que têm perdas físicas, solidão e isolamento, necessidades de melhores condições de habitação, socioeconómicas e de acesso a cuidados de saúde e a apoios sociais. A visita domiciliária evidenciou estas fragilidades e permitiu ajustar estratégias de intervenção de saúde e sociais.

Descritores: Idoso; Saúde; População Rural; Enfermagem; Isolamento.

ABSTRACT

Objective: To discover the needs and promote health and social support in the elderly population of the rural area in Silves. **Method:** Observational and descriptive study, with the methodology of Participatory Community based Research and health Planning, that allowed the diagnostic evaluation in individuals with 65 or over it who live bythemselves in the rural area. It was used Instruments for the data collection and the home visit with a semi-structured interview for it. The statistical treatment of the results

was performed in Microsoft Excel 2010. **Results:** Twenty-one elderly people, aged 67-92 years, were included. The results showed as problems: the reduction of capacities; lack of financial resources, a sense of loneliness; the difficulty to get to the community, besides difficulties associated with illiteracy; lack of financial resources, poor housing conditions; low quality of life and health; absence or scarcity of significant relationships, loss, isolation and social exclusion. **Conclusion:** The study reveals the frailties of the elderly in rural areas, who suffer physical losses, loneliness and isolation, the need for better housing, socio-economic conditions and access to health care and social support. The home visit evidenced these weaknesses and allowed the adjustment of health and social intervention strategies.

Descriptors: Elderly; Health; Rural Population; Nursing; Isolation.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde [OMS], a revolução demográfica global, fez com que a proporção de pessoas com 60 e mais anos, crescesse mais rápido do que qualquer outro grupo etário. Prevê-se que em 2025, haverá um total de 1,2 bilhões de pessoas de 60 e mais anos, com 80% deles vivendo em países desenvolvidos. (1)

O Instituto Nacional de Estatística [INE], revela que Portugal é o quinto país da União Europeia com um Índice de Envelhecimento mais elevado, no conjunto dos 28 estados membros. (2)

O concelho de Silves apresenta desertificação no seu interior, verificando-se um aumento progressivo do envelhecimento no concelho, nos últimos 20 anos. (3) Este facto revela que o envelhecimento da população é um dos problemas reais do concelho de Silves, sendo que o isolamento e aumento da dependência das pessoas idosas aumenta a necessidade de cuidados de saúde e de apoio social às pessoas idosas.

As entidades concelhias consideraram necessário acautelar possíveis situações de isolamento, exclusão social e negligência, criando em 2016, um grupo de trabalho como resposta a este fenómeno, que se denomina de Grupo de Apoio à Pessoa Idosa [GAPI] de Silves, constituído por várias entidades locais de segurança social, profissionais de saúde, Guarda Nacional Republicana (GNR) e autarquia. Este grupo avalia, em rede, as problemáticas dos idosos que se encontram em situações de vulnerabilidade.

Neste contexto, o projeto “*Humanizar a Serra – Promover a saúde das pessoas idosas isoladas*”, surge como resposta a um problema identificado tendo como objetivo conhecer as necessidades e promover o apoio de saúde e social à população idosa isolada do concelho de Silves, visando intervir no sentido de minimizar as consequências do envelhecer e do isolamento social.

Este artigo, divulga o trabalho desenvolvido, que busca responder aos desafios do Plano Nacional de Saúde (4), articulando a prestação de cuidados de saúde e de apoio social desenvolvidos em equipas multidisciplinares, indispensáveis ao sistema de saúde para responder às necessidades dos mais velhos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Envelhecimento – Dados Demográficos

A OMS, define o idoso a partir da idade cronológica, considerando os 60 anos, para os indivíduos de países em desenvolvimento e do terceiro mundo, e os 65 anos, nos países desenvolvidos. Esta classificação busca acompanhar a situação económica e social de cada país. (5)

O envelhecimento acaba sendo um fruto do desenvolvimento e da evolução das sociedades, onde o aumento da longevidade é uma grande conquista e resultado da evolução dos tempos. As pessoas estão a viver mais anos devido ao progresso dos recursos sanitários, de saúde, de educação e justiça económica. (6)

Segundo a OMS, o aumento da expectativa de vida e a longevidade são dois fatores que caracterizam este fenómeno. A expectativa de vida baseia-se na longevidade média dos cidadãos de uma população, sendo a longevidade o tempo que uma pessoa de facto vive. (1)

Portugal é considerado um país envelhecido, segundo o INE, o número total de residentes, aumentou em 50 anos, de 8.889,392 para 10.562.178 habitantes. Os jovens diminuíram e os idosos aumentaram, de um total de 708.569, em 1960, para 2.010.064 idosos, em 2011. (7)

Portugal apresenta uma esperança média de vida à nascença de 81,3 anos, em 2015, que comparando com 1960, onde se esperava viver até aos 64 anos, denota-se uma esperança de vida de mais 17 anos. (8)

O Índice de longevidade em Portugal, em 2015, apresenta uma proporção de 28,5% em relação aos 14,5% que apresentava em 1960, o que indica que em 55 anos, as pessoas passaram a viver mais anos. (8)

A esperança de vida aos 65 anos, também é um indicador da longevidade, caracterizando-se pelo número médio de anos que um indivíduo, aos 65 anos, pode esperar ainda viver. Em Portugal, as pessoas com 65 e mais anos apresentam uma esperança de vida de mais 20 anos, em comparação com 1960. (8)

O Índice de envelhecimento, é outro dos indicadores reais do envelhecimento populacional e tem vindo a aumentar rapidamente nos últimos 50 anos. Segundo a PORDATA, na Europa, o índice de envelhecimento é de 122,0%, o que confirma que existem cada vez mais idosos. Portugal é caracterizado como o quinto país mais envelhecido da Europa, com um índice de envelhecimento elevado de 143,9%. (8)

Verifica-se também que o Índice de dependência de idosos, aumentou no nosso país, sendo de 31,4% em 2015, em comparação com 12,6% em 1960. (7) Em termos gerais, Portugal está cada vez mais envelhecido, mas paralelo a este fenómeno enfrenta outros problemas de ordem social e económica que agravam as condições de saúde e sociais da população mais idosa. (2)

No concelho de Silves, também se verifica a existência desta problemática, uma vez que apresenta uma zona serrana, que ocupa cerca de 50% da superfície regional do Algarve, com solos pobres e de reduzida utilização agrícola, o que provoca uma progressiva desertificação ecológica e humana. (3)

Nos últimos anos, o concelho assistiu a uma perda do tecido demográfico, devido à diminuição da população mais jovem e potencialmente ativa, em função do fluxo migratório relevante, o que provocou alterações na evolução da estrutura etária da população do concelho, sendo que na última década, tem manifestado um duplo envelhecimento, denunciando um claro domínio da população com mais de 65 anos. (3)

No concelho residem cerca de 8.343 idosos (23%), e na zona serrana, o índice de envelhecimento é muito superior ao total do concelho (162,7%). (3) Existem mais homens no concelho, em todas as faixas etárias, à excepção da faixa etária dos 65 ou mais anos, onde existem 4.559 mulheres e 3.784 homens. (3)

O Índice de dependência total também é maior na zona serrana, o que pode estar associado à pouca acessibilidade da população aos recursos da comunidade o que consequentemente potencia o isolamento social. (3)

O Envelhecimento – Problemáticas Fisiológicas e Sociais

A conceção do envelhecimento não é determinada apenas por alterações cronológicas, físicas e biológicas, mas também possui determinantes sociais que variam de indivíduo para indivíduo, dependendo da cultura e da época em que vivem. Para a OMS, a adaptação a novos papéis, pode desenvolver novos pontos de vista e novos contextos sociais, e explicar porque, em muitas situações, a idade avançada pode ser um período vulnerável ou de maior bem-estar. (1)

Existe também o medo de envelhecer, que está relacionado com o receio da morte, sabendo que a velhice acarreta também a vulnerabilidade à doença crônica e incurável, carecendo encontrar um sentido para o declínio e dependência. (9)

Esta ideia é fundamentada por diversos autores que referem que o aumento das doenças crónicas conduz a uma perda de autonomia e conseqüente aumento da dependência de terceiros e perda da qualidade de vida. (10)

Além disso, a longevidade aumenta a probabilidade de distúrbios mentais e demências que tendem a ocorrer com o envelhecimento, onde a probabilidade de ser saudável em idade avançada, muitas vezes, depende de um estilo de vida ativo. (11)

A pessoa idosa deve estar preparada, individualmente e socialmente para perdas diversas, que vão desde a condição física e mental até à económica e ao poder de decisão, perda de familiares e amigos, da autonomia e diminuição dos contactos sociais.

Uma consequência social do envelhecimento, que potencia a diminuição de contatos sociais é a aposentação ou reforma, onde os idosos podem ter a sensação de incapacidade e isolamento social. (12)

Por outro lado, a estrutura clássica das famílias, também acompanhou a evolução e sofreu alterações ao longo dos tempos. Em Portugal, vivem 406.942 idosos sozinhos. E este valor aumentou duplamente em 30 anos. (7)

A viuvez, acaba por ser outra consequência do envelhecimento, e pode levar à solidão, à depressão e à tentativa de suicídio (13), onde a solidão pode estar ligada ao consumo excessivo de medicamentos, ao aumento da sensação de desamparo, exclusão da família e da sociedade e sentimentos de angústia, tristeza e insatisfação (14).

Discutir a solidão do idoso, revela assim preocupação com a sua saúde, pois se estes se sentirem apoiados e acompanhados nesta etapa da vida, para além de se combater o isolamento social, também se previnem complicações de saúde e vulnerabilidades sociais que daí advêm.

Novas Abordagens na Promoção do Envelhecimento Saudável

O processo de envelhecimento exige novos olhares sobre a velhice e novas formas de pensar as políticas públicas de saúde, a OMS refere que o envelhecimento da população a nível mundial, acaba por ser um dos problemas que mais deve preocupar a governação pública no século XXI. (1)

Deve-se adotar uma abordagem multidimensional para entender a relação entre o envelhecimento e saúde, e que capacite as habilidades individuais, mentais e físicas do idoso através de estratégias realizadas pelos profissionais de saúde em parceria com outras áreas, idosos, família e comunidade. (12)

Ao desenvolver intervenções de saúde na área do envelhecimento, é importante abordagens que melhorem as incapacidades físicas, como também aquelas que promovem a recuperação, adaptação e crescimento do idoso. Emergindo assim, uma necessidade constante de políticas de saúde que expandam a rede social e de saúde de apoio ao idoso. (1)

Os cuidados e o apoio de saúde contínuos ao longo da vida, necessitam de seleção de estratégias e implementação de políticas que amenizem as barreiras do processo de envelhecimento que levam à diminuição da participação social dos mais velhos. (1)

O envelhecimento não significa necessariamente doença e exclusão, apontando-se as intervenções em grupo como fornecedoras de uma interação social acolhedora, de socialização e partilha de experiências e ajudam os idosos no processo de adaptação e aceitação do envelhecimento. (12) Além disso, a inclusão em grupos sociais contribui para o apoio social, evitando o isolamento e o declínio da sua saúde física e mental. Também as terapias comunitárias são relevantes nas intervenções de saúde fomentando sentimentos positivos perante a vida, saúde e doença. (13)

É também necessário, realçar a importância de implementar políticas de proteção social que assegurem a renda e o acesso a serviços essenciais de saúde e sociais para todas as pessoas idosas e que disponibilizem uma rede de saúde, segurança económica, habitacional e rodoviária. (6)

METODOLOGIA

Estudo observacional e descritivo, conduzido pela metodologia da Investigação Participada de Base Comunitária [IPBC] aliada à metodologia do Planeamento em Saúde, que implica uma avaliação diagnóstica centrada na descrição da situação e compreensão das necessidades de saúde e sociais, nos indivíduos com 65 e mais anos, que vivem sozinhos e isolados, em duas freguesias do concelho de Silves.

Esta metodologia consiste numa abordagem colaborativa que envolve de forma equitativa todos os parceiros e reconhece as forças que cada um traz ao processo de investigação. Inicia-se com a identificação de um tópico relevante para a ação para produzir mudança social necessária à melhoria da saúde e à eliminação das desigualdades. (15)

A abordagem reflexiva baseou-se no fenómeno do envelhecimento, com a finalidade de compreender e clarificar os conceitos subjacentes à temática em estudo, tais como: envelhecimento e representações cronológicas, físicas e sócio-funcionais, através da sua conceptualização e evolução ao longo do tempo.

Foram interpretados indicadores sociodemográficos e de saúde, a nível mundial e nacional, estatísticas, diretrizes e estratégias mundiais da OMS, que potenciaram a problemática globalmente, sobressaindo os conceitos de envelhecimento ativo, promoção da saúde e prevenção da doença.

A metodologia IPBC, pressupõe uma colaboração com os membros da comunidade, instituições e investigadores ao longo de todo o processo, e neste eixo, o projeto criou uma parceria com o GAPI, a Guarda Nacional Republicana [GNR] e a autarquia de Silves.

Neste sentido, o acesso do investigador à comunidade fez-se através do GAPI, que disponibilizou os dados sociodemográficos da população idosa do concelho, e acompanhou as visitas à população-alvo, já conhecida do grupo.

A escolha da área geográfica de intervenção teve em conta os dados demográficos do concelho, tendo sido selecionadas as que apresentam um maior número de idosos isolados.

Para a seleção da amostra populacional de conveniência, estabeleceram-se como critérios de inclusão: pessoas com 65 ou mais anos de idade; residentes na

zona rural; que residem sozinhas; com diferentes graus de escolaridade; viúvos e solteiros e que não recebem nenhum apoio comunitário. Sendo assim identificada a amostra da população-alvo, constituída inicialmente por 31 pessoas idosas isoladas.

Durante a implementação do projeto, foram excluídas 12 pessoas idosas da amostra inicial, por já não reunirem critérios de inclusão. O que alterou a amostra populacional para 19 pessoas idosas isoladas. No campo de estudo, encontraram-se duas pessoas idosas vizinhas que cumpriam os critérios de inclusão da amostra e que integraram o estudo, ficando a amostra final da população-alvo, constituída por 21 pessoas idosas.

Todas aceitaram participar voluntariamente no projeto e tiveram conhecimento do Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação em investigação. Para garantir o anonimato dos participantes, foram atribuídos a cada entrevistado a designação de Idoso [I] seguido por número de um a 21 (I1...I21).

Realizaram-se visitas domiciliárias multidisciplinares, com entrevista e a utilização de outros instrumentos de recolha de dados, nomeadamente, a aplicação do *Índice de Katz* e da *Escala de Graffar*.

A entrevista foi semiestruturada, com questões de orientação pré-estabelecidas, nomeadamente: há quanto tempo vive aqui; costuma ter o apoio de alguém; o que mais sente falta neste momento; qual a diferença em morar aqui, com a sua idade, em relação ao tempo em que era mais novo e que ajudas considera que seriam úteis para si .

A aplicação do *Índice de Katz*, permite medir o desempenho funcional da pessoa idosa e avalia a pessoa idosa em seis atividades de vida diárias, posicionando a pessoa em três categorias de classificação, como: independente, dependência moderada ou muito dependente. (16)

Para caracterizar a condição socioeconómica da pessoa do ponto de vista social, foi utilizada a *Escala de Graffar*, que permite classificar as famílias em cinco classes socioeconómicas: alta, média alta, média, media baixa e baixa. (17)

As entrevistas e a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foram realizadas ao longo das duas primeiras semanas de junho de 2017, e entre os meses de setembro de 2017 e janeiro de 2018.

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin, sendo uma técnica de análise da comunicação, por descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos a essas mensagens. (18) Foram categorizados os conteúdos das entrevistas por categorias.

O tratamento estatístico dos restantes resultados foi efetuado através do programa Microsoft Excel 2010.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, sendo o projeto submetido à avaliação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde [ARS] do Algarve e da Comissão de Ética da Universidade de Évora.

O tratamento e abordagem da informação fornecida e recolhida processou-se sob a prática de proteção de dados e confidencialidade de informação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A faixa etária da população da amostra varia entre os 67 a 92 anos. A idade média dos idosos foi de 80,1 anos, sendo que a das mulheres foi de 80,3 anos e dos homens 80 anos, o que confere um intervalo de 25 anos. A amostra foi constituída por 11 mulheres (52%) e por 10 homens (48%).

Os conteúdos das entrevistas e dos instrumentos de recolha de dados foram transcritos e tratados através da análise de conteúdo prosposta por Bardin (2009), tendo sido identificadas categorias, que associam dificuldades e necessidades sentidas pelos idosos: escolaridade e percurso profissional; recursos financeiros, habitação; qualidade de vida e saúde; relações significativas, perdas; isolamento e exclusão social.

Apresentam-se de seguida os resultados da informação recolhida conforme as categorias identificadas e explicitando as subcategorias.

- **Escolaridade e Percurso profissional**

Em termos da escolaridade, os resultados apontam para um total de uma pessoa com a Admissão (5%); uma (5%) com o 2º Grau do Ensino Secundário; oito (38%) com a 4ª Classe; duas (9%) com a 3ª Classe; uma (5%) com a 2ª Classe; uma (5%) com a 1ª Classe e sete (33%) analfabetos.

Esta categoria revela que os idosos entrevistados, podem apresentar dificuldades no quotidiano, principalmente os que não sabem ler nem escrever. No entanto, alguns entrevistados referem que não sabem ler, mas sabem escrever o nome: “*Sou analfabeto mas sei escrever o meu nome.*” [I2]; “*Sei escrever o meu nome.*” [I9]. Assim um dos problemas identificados foi a **baixo nível de escolaridade**.

O analfabetismo prende-se com outros problemas, como a compreensão do estado de saúde e a socialização, visto que não é só o ato de ler e escrever em sí, mas também a facilidade em compreender os acontecimentos em diferentes situações sociais. (19)

De entre os aspetos multifatoriais da perda cognitiva em idosos, um aspeto relevante a ser abordado é o nível de escolaridade. As pessoas idosas sem escolaridade ou baixa escolaridade, apresentam um fator limitante ao conhecimento, defesa dos próprios direitos, bem como o usufruto de produtos e bens culturais, levando à exclusão social tendo um impacto direto na participação da vida comunitária. (19)

Todos os entrevistados (100%), nasceram e viveram no meio rural e, maioritariamente (51%), tiveram um **percurso profissional associado ao desempenho de atividades agrícolas**, o que confere ao seu processo de envelhecimento características diferentes daqueles que viveram na cidade e perto dos recursos que esta oferece.

- **Recursos Financeiros e Habitação**

Todos os entrevistados são reformados (100%), e a subcategoria dos recursos financeiros indica que 19 idosos (91%) recebem uma reforma abaixo do rendimento mínimo nacional e dois (9%) recebem acima do salário mínimo nacional.

A maioria dos inquiridos vive com pouco dinheiro e referem a falta dele como principal problema na velhice. Algumas unidades de registo confirmam o referido: *“Pago 360 euros a uma senhora que vem cá a casa cuidar de mim e fazer-me a comida...não me sobra nada.”* [I2]; *“Tenho falta de dinheiro...”* [I3]; *“Preciso de mais dinheiro.”* [I20]

A **escassez de recursos financeiros** surge como um problema verbalizado por estes idosos.

A falta de recursos financeiros, constitui outro problema real no nosso país, confirmado também na evidência científica e no panorama nacional, onde os idosos são maioritariamente pertencentes a classes sociais baixas, o que advém de questões governamentais de ordem política e social. (1)

O envelhecimento é representado através de uma perspetiva de doença, solidão e incapacidade que se relaciona com a aposentação, indicando o quanto a perda do trabalho relaciona-se com a falta de recursos económicos, à perda dos contatos sociais e da capacidade física. (20)

Por outro lado, a reforma aparece como o momento máximo de sabedoria e experiência, mas sempre associada a uma condição de decadência, quando se chega ao ápice e depois se espera o declínio. (20)

Os idosos são frequentemente mais vulneráveis à discriminação, que de acordo com a OMS, após a aposentação, ficam com uma maior fragilidade das suas redes de suporte social. (1)

Aplicou-se a *Escala de Graffar*, com o intuito de avaliar a classe social a que o entrevistado pertence, relacionando a capacidade habitacional e financeira do indivíduo. (17) Os resultados da *Escala de Graffar* revelam que uma pessoa (5%) pertence à Classe Média e 20 pessoas (95%) pertencem à Classe Média Baixa.

A classe social é um conceito utilizado que se caracteriza pela separação e estratificação social de pessoas e grupos que ocupam lugares distintos na sociedade. As classes sociais apresentam desigualdades entre elas, que alteram o acesso ao poder financeiro, bens materiais, educação e outros benefícios e estas alterações marcam a diferença entre as classes na sociedade e repercutem-se na qualidade de vida das pessoas. As classes sociais existem entre grupos e indivíduos, independentemente das suas vontades, e influenciam as formas como estes agem na sociedade. (21)

Todos os entrevistados vivem na área rural, numa zona antiga e em condições habitacionais básicas e modestas. Houve referência às **condições estruturais precárias da habitação**, que trazem problemas de deambulação, o que associado à falta de capacidade financeira para fazer obras na habitação, aumenta as dificuldades diárias, confirmando-se em: “*A casa já é velha...quando o meu marido era vivo ainda arranjávamos a casa...agora não tenho dinheiro...*” [I5]; e no caso do [I2] que refere apenas permanecer no rés-de-chão da casa porque já não consegue subir as escadas.

Considerando as dificuldades ambientais existentes na zona rural somadas ao baixo rendimento dos idosos, depreende-se que a limitação de recursos financeiros pode dificultar a liberdade de decisão, diminuir a autoestima e influenciar negativamente a saúde e bem-estar, porque podem estar inseridos num ambiente inseguro e tendencialmente degradante, que influencia a sua dimensão física, psicológica e social. (22) Por outro lado, um bom nível socioeconómico, permite aceder aos recursos e realizar atividades diversificadas que melhoram a qualidade de vida. (22)

- **Qualidade de vida e saúde**

Na categoria qualidade de vida e saúde, os resultados apontam dois idosos (9%) que classificaram a sua saúde como excelente; quatro (19%) classificaram como boa; 10 (48%) como regular e cinco (24%) como má.

Uma **baixa percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde**, demonstra que a mesma é muito afetada pelo nível de dependência, idade avançada e o gênero, onde os aspetos da condição física alteram a noção de qualidade de vida e saúde. (23)

A dependência associada negativamente à percepção de qualidade de vida, pode resultar numa diminuição do acesso aos serviços e cuidados de saúde. (23) Os autores também evidenciam estudos que referem que o consumo de medicação contribui para os menores scores da qualidade de vida.

De refletir que estes problemas são de avaliação subjetiva, uma vez que a diminuição de capacidades está inerente ao envelhecimento, mas cada indivíduo vivencia estas perdas de forma diferente e com graus variáveis de influência, conforme se confirma através da literatura pesquisada.

No domínio do meio ambiente, a relação com a autopercepção de saúde como excelente, boa, regular ou má, pode estar relacionada com os recursos financeiros dos idosos, o que pode influenciar no acesso aos serviços de saúde, considerando as dificuldades existentes na zona rural. (22)

A autonomia e participação social da pessoa idosa também se relacionam com a participação em atividades comunitárias, entendendo-se que a autopercepção negativa da saúde influencia a participação social, possivelmente pelas piores condições de saúde, e considerando-se também que no espaço rural as oportunidades de participação em atividades da comunidade são escassas. (22)

Na aplicação do *Índice de Katz* à população-alvo, foram identificadas 18 pessoas idosas (86%) independentes, duas (9%) com dependência moderada e uma (5%) com muita dependência, tendo como consequência o aumento de risco de complicações. Assim foi identificado como problema a **dependência nas AVD**. Houve necessidade de disponibilizar intervenção de apoio nas situações de dependência moderada e muito dependente, que foi recusada pelos três idosos, alegando dificuldade financeira para suportar o apoio domiciliário.

Em relação há **existência de doença crónica**, 17 idosos (81%) referem ter pelo menos uma doença crónica e quatro (19%) referem não ter doenças e ter uma saúde considerada boa para a sua idade.

As doenças que prevaleceram foi a hipertensão arterial (48%); a dislipidemia (19%); a diabetes mellitus, a doença cardíaca, as cataratas e o síndrome vertiginoso com 9% cada uma delas, e foram também referidas doenças como: artroses; epilepsia; depressão; gota; bronquite asmática; hiperplasia benigna da próstata e litíase renal, ambas numa percentagem de 5%. De realçar que a maioria das pessoas apresenta mais do que uma doença crónica.

Os resultados mostram também que 14 idosos (67%) sentem **dor** diariamente e sete (33%) não referem dor, apenas esporadicamente.

Os locais do corpo onde referem mais dor, são nos membros inferiores (19%) e coluna (19%); joelhos (14%); dor torácica (5%); articulações (5%); dores generalizadas (5%) e sem dor (33%).

Nos últimos anos, têm existido uma maior preocupação com as patologias da população idosa, especialmente as doenças crónicas não transmissíveis e/ou degenerativas, como a hipertensão, a diabetes e as doenças respiratórias, tendo significado pela sintomatologia que apresentam e que se repercute negativamente na vida quotidiana destas pessoas, impossibilitando-as de realizar atividades diárias. (24)

No processo saúde-doença-envelhecimento, a funcionalidade mostra-se como uma dimensão fundamental, pois o seu comprometimento aumenta o risco de outros problemas de saúde. (25)

- **Relações significativas e perdas**

A viuvez é um dos desafios emocionais que podem confrontar o idoso, onde as mulheres, por tenderem a viver mais e serem mais jovens do que os homens tem mais probabilidades de vivenciarem a viuvez. (11)

Os resultados revelam 12 idosos (57%) viúvos e nove (43%) solteiros.

No que diz respeito à situação conjugal, a condição de não ter cônjuge ou companheiro, ser solteiro, viúvo ou divorciado também se mostra associada à fragilidade. (26)

Ajustes à nova vida independente acontecem após a viuvez, e a mudança de *status* familiar, pode resultar na desistência dos papéis sociais e podem ser fatores conflituantes nas relações familiares. (27) Por outro lado, as pessoas que partilham os seus sentimentos e pensamentos, aceitam melhor as alterações que o envelhecimento traz e parecem prolongar a sua vida. (11)

As relações interpessoais estabelecidas pelos idosos, também estão fragilizadas pela sua condição física e percepção de saúde, sendo que o suporte social e familiar precisa ser fortalecido. (22)

Os resultados revelaram um grupo de pessoas com uma atitude muito passiva perante a amizade, com uma relação fraca com os amigos, embora alguns refiram os vizinhos como fatores de convivência que atenua o isolamento e tristeza: *“Tenho um vizinho a 100 metros...falamos quase todos os dias...e duas vezes por ano, vou passar uns dias à casa de amigos que estão longe...tenho pintos e cães que me fazem companhia.”* [I6]; *“Tenho poucos amigos...levo dias sem ver os vizinhos”* [I7]; *“Tenho o apoio de um casal vizinho.”* [I16]; *“Tenho os vizinhos...aqui ao pé de casa.”* [I21].

Os resultados apontam 10 idosos (48%) com a presença semanal de familiares, e 11 (52%) vivem distantes dos familiares, como confirmam as unidades de registo: *“Tenho três filhos, uma está em Paris, outra tem cancro da mama e o meu filho já tem 70 anos”* [I2]; *“Tenho dois filhos, e um vem visitar-me uma vez por semana.”* [I3].

Assim, detetam-se como problemas a **escassez/perda de relações significativas**, nomeadamente ligadas à viuvez e à distância em relação aos familiares mais próximos ou outras pessoas significativas.

No domínio das relações sociais, este pode estar relacionado com a existência de uma maior identidade entre as pessoas da zona rural, favorecendo a manutenção de laços afetivos e maior contato com a rede de vizinhança, reforçando a interação social entre vizinhos. (22)

Em relação à participação social, destaca-se que a menor participação nas atividades quotidianas e sociais tem sido observada entre idosos das regiões rurais, e este facto pode estar relacionado com a distância e dificuldades de acesso aos locais de referência para convívio. (22)

Torna-se necessário assim procurar na comunidade alternativas de atividades que possam ampliar a participação social do idoso. Os grupos de convívio são ambientes ideais para os idosos se relacionarem uns com os outros, criando novas amizades, e para se divertirem, e contribuem para o desenvolvimento do idoso, fortalecendo a sua autoestima e outras capacidades. (13)

- **Isolamento e exclusão social**

Em relação à categoria do isolamento e exclusão social, os idosos percebem a solidão como uma ausência de companhia e distanciamento da comunidade. Como se verifica nas seguintes unidades de registo: *“Sinto-me muito sozinha porque me falta o meu marido...sinto falta de falar com pessoas...sinto-me longe de tudo e de todos”* [I1]; *“O que mais sinto falta neste momento é de uma companhia...é muito triste...levo aqui todo o dia sozinho...”* [I7].

Os resultados, mostram transversalmente, que o envelhecimento provoca transformações nos idosos e no seu relacionamento com os outros, resultantes das alterações nos papéis sociais e na família e conforme demonstra a literatura consultada.

A família é considerada o habitat natural do indivíduo, que, ao chegar à velhice, muitas limitações próprias dessa fase da vida emergem, podendo a família ser um dos apoios principais a quem o idoso tem confiança para receber os cuidados necessários, e onde a convivência multigeracional contribui para a melhoria da sua qualidade de vida. (13)

Embora estas pessoas idosas reconheçam a vontade da família em tê-los em casa, elas preferem, ou pelo menos manifestam que preferem permanecer sozinhas na sua habitação para manter a sua autonomia, como confirmam as unidades de registo: *“...vivo sozinho porque quero e gosto.”* [I12] Muitos vivem sozinhos por escolha própria, mas não se sentem isolados devido às condições que criaram para desenvolver as suas atividades de vida diária: *“... Antes era pior agora é melhor viver aqui porque já tenho luz a água de um furo.”* [I11]; *“Não sinto falta de nada e não há diferença em viver aqui agora ou antigamente, foi sempre igual.”* [I14]; *“...todos os dias venho à rua e estou com uma vizinha minha amiga.”* [I20].

Os resultados revelaram **sentimentos de solidão, isolamento e exclusão social**, onde 10 idosos (48%), referiram esses sentimentos por não verem a família com regularidade e possuírem pouco suporte familiar e todos indicaram como necessidade a convivência com outras pessoas.

A família maioritariamente é uma razão de alegria, companheirismo e segurança para o idoso, pela segurança de ter alguém perto e sempre disposto a atender as necessidades e também oferece a possibilidade de manter a autonomia. (27)

O isolamento e exclusão social estão associados a vários fatores, visto que quatro pessoas (19%), revelaram **isolamento e exclusão social, por falta de saúde e ausência de médico de família**; duas (9%) referiram **isolamento por falta de transporte e de acessibilidades** à comunidade; duas (9%) referiram **exclusão social por falta de**

condições habitacionais e três (14%) revelaram não sentir isolamento nem exclusão social.

O isolamento causado pela falta de acessibilidades, é comprovado pelas seguintes unidade de registo: *“Antes fazia uma caminhada todos os dias...agora nunca mais fui...ia fazer as minhas compras à vila como antes, mas a camioneta passa a dois quilómetros de distância e fica na estrada...depois tenho uma subida que já não consigo fazê-la carregada de sacos.”* [I5]. *“Tinha falta de um carro ou transporte que parasse aqui mais perto de casa e me levasse e trouxesse...assim também falava com as pessoas...desanuviava a cabeça.”* [I6].

A falta de condições económicas e acessibilidades, a perda de familiares e cônjuges, a perda de autonomia e conseqüente diminuição dos contatos sociais que daí advém, têm tendência para aumentar com a idade e provocar sentimentos de isolamento e exclusão social. (27)

CONCLUSÃO

A população idosa que vive na zona rural está a envelhecer cada vez mais à semelhança dos que vivem na área urbanizada, porém os resultados do estudo, evidenciam que as diferenças existentes prendem-se essencialmente com as especificidades territoriais.

O estudo revela que as pessoas idosas que habitam a zona rural e que estão isoladas, têm baixos níveis de escolaridade e acesso à informação, habitações modestas e precárias, limitações de transporte, perdas físicas e distância dos recursos sociais e de saúde.

Por outro lado, o estudo apresenta uma amostra populacional, que podendo ser pouco representativa quantitativamente, é representativa desta diversidade de problemas, visto que as pessoas idosas participantes, identificaram como principais problemas: a diminuição das capacidades físicas associando à falta de saúde e doença crónica; falta de recursos financeiros, sensação de solidão e a dificuldade em se deslocarem até à comunidade.

A análise de resultados demonstrou que a perceção da qualidade de vida e saúde passa por uma rede de recursos disponível, e o idoso que habita nesta zona, não se confronta apenas com as perdas físicas inerentes ao envelhecimento, mas também, com o isolamento e exclusão social, relatando sentimentos de solidão.

No entanto, entende-se a importância da funcionalidade para a percepção positiva da qualidade de vida e saúde do idoso, pois estes, maioritariamente, associaram as suas incapacidades físicas a uma má qualidade de vida.

A autopercepção negativa da saúde, segundo os resultados, está associada também à dor diária e à falta de médico de família, à ausência de rendimento justo, à ausência de um companheiro, ao distanciamento da família e à falta de transporte até a comunidade. Assim é necessário criar comunidades e instituições solidárias e capacitadores que combatam estes fenómenos.

O estudo confirma a vulnerabilidade dos idosos à solidão, quer pela perda de relações significativas, quer pela falta de transmissão de sentimentos, e demonstrou que as variáveis sociodemográficas que influenciam a solidão são principalmente a idade, o estado civil, a residência e a acessibilidade à comunidade.

Os resultados identificam que o facto de morar sozinho é encarado de diferentes formas e está relacionado com a viuvez e distanciamento dos familiares. Embora o facto de viver sozinho não apresente sempre uma conexão negativa da velhice, pois alguns entrevistados relataram a importância de serem capazes de realizar a manutenção da sua casa e de ir mantendo vínculos com as suas memórias e espaço familiar, mesmo que vivam sozinhos.

Os entrevistados que referiram sentir solidão, relacionaram esta com sentimentos de tristeza e falta de convivência. A visita domiciliária permitiu um investimento na pessoa que se sente sozinha, criando momentos de contato que proporcionaram satisfação e ofereceram uma escuta ativa dessas pessoas.

As visitas domiciliárias proporcionaram momentos de convivência, pois tal como a literatura evidencia, a utilização da escuta e diálogo como ferramenta de cuidado, permitiu que a pessoa idosa que deseja ser escutada o fosse, sentindo-se incluída socialmente quando partilhou a sua experiência e sabedoria. Estas visitas para além de evidenciarem as fragilidades e ajudaram a identificar as necessidades das pessoas, estimularam a confiança e o vínculo afetivo entre o profissional de saúde e as pessoas idosas e permitiram ajustar estratégias de atuação, indo ao encontro do contexto sociocultural e dos recursos de que estes idosos dispõem. Foi assim sendo possível após o levantamento das necessidades, implementar ações imediatas de apoio e referência nas situações de maior vulnerabilidade. Neste sentido foram atingidos os objetivos do projeto, pois foi possível prestar o apoio

social e de saúde necessários consoante a identificação dos problemas em tempo real.

A visita domiciliária foi assim, um instrumento não só de proximidade mas também de diagnóstico, de planeamento e de intervenção para prestar assistência de saúde e social à população em estudo.

Apesar disso as visitas domiciliárias constituíram também uma das limitações do estudo, pois foi necessário a disponibilidade de um transporte, que nem sempre esteve acessível, dificuldade aliada ao facto da área rural ser muito ampla e dispersa. O aspeto positivo é que as visitas contínuas no tempo, e em locais estratégicos da comunidade, combatem as dificuldades associadas às características territoriais da zona serrana.

O estudo permitiu ao enfermeiro da comunidade compreender as condições socioeconómicas e a situação de saúde das pessoas idosas que habitam na zona rural e contribuir para a sua integração social, neste sentido foram realizados dois convívios comunitários que estimularam a capacitação e socialização das pessoas idosas isoladas.

Outra limitação ao estudo foi a autoexclusão dos idosos, sendo notória, nalguns casos, uma resistência a saírem do seu domicílio para a comunidade, revelando uma acomodação inevitável à sua situação social.

Assim os projetos de intervenção com a população idosa não devem ser centrados na figura do idoso como uma pessoa frágil e debilitada, mas sim com uma perspetiva de envelhecimento ativo, que estimule a confiança entre os intervenientes e que ajude o idoso a participar ativamente na sociedade.

Desse modo, as necessidades e dificuldades manifestadas pelos entrevistados, são relevantes e podem orientar futuras investigações e práticas que promovam o desenvolvimento psicossocial da pessoa idosa e a sua cidadania.

A compreensão desta etapa da vida ajuda os profissionais de diferentes áreas a olharem para estas vivências de uma forma mais ampla, evitando o preconceito social de que os idosos são alvos de exclusão social devido às suas incapacidades e vulnerabilidades.

Destaca-se também a importância da família dos idosos que vivem no meio rural, pois esta deverá ser uma fonte de recurso e apoio, uma vez que os serviços sociais e de saúde são escassos, o que aumenta a vulnerabilidade das pessoas idosas. A família é entendida pelas pessoas idosas, como uma fonte de segurança e proteção no seu processo de envelhecimento e deve ser também ela, alvo de cuidados no sentido de ser participativa ao longo de todo o ciclo vital da pessoa.

Novos estudos devem ser realizados, para melhor interpretar o impacto das condições de vida das pessoas idosas que habitam na zona rural na sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [WHO]. (2015). World report on ageing and health. Geneva. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1

2. Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2015). Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Destaque. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

3. Rede Social de Silves. (2016). Diagnóstico Social. Concelho Local de Ação Social de Silves. Silves.

4. Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>

5. World Health Organization [WHO]. (2002). Active ageing: a policy framework. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster; Disease Prevention and Health Promotion Department; Ageing and Life Course. Madrid. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

6. Fundo da População das Nações Unidas [UNFPA]. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. Nova York e HelpAge International. Londres. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

7. PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2015). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

8. PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2017). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: <http://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>

9. Burlá, C.; Pessini, L.; Siqueira, E., J., & Nunes, R. (2014). Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Revista Bioética*, vol.22 n.º1. Brasília. Acedido em dezembro de 2017, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100010

10. Melo, M. C. R., Rua, S. M., & Santos, S. V. B. C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 143–151. Acedido em dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn2/serIVn2a15.pdf>

11. Papalia, D. E., Feldman, R. D. & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento Humano*. 12.ª Edição. AMGH Editora Ltda. Porto Alegre. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <http://sandrachiabi.com/wp-content/uploads/2017/03/desenvolvimento-humano.pdf>

12. Ilha, S., Argenta, C., Silva, R., S., M., Cezar-Vaz, R., M., Pelzer, T., M. & Backes, S., D. (2016). Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 8(2):4231-4242.

13. Cavalcanti, F. K., Mendes, M. S. J. F. Q. F., Martins, P. Q., Lima, J. R. & Macêdo, K. G. P. (2016). O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Av Enfermagem*; 34(3):259-267. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/60248/60>

14. Carmona, F. C., Couto, V. D. V. & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, v. 19, n. 4 p. 681-691. Maringá. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n4/1413-7372-pe-19-04-00681.pdf>

15. Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde. Dos fundamentos à ação*. 1ª Edição revista e atualizada. Edições Almedina. Coimbra.

16. Apóstolo, L. A. J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Documento de apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

17. Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar- Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

18. Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Versão revista. Edições 70. Lisboa.

19. Santana R. F., Loba, H. A., Santos, G. L. A., Alexandrino, S. A., Alencar, T. D. & Souza T. A. (2016). *Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com baixa*

escolaridade: estudo intervenção. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/44711/60920>

20. Torres, T. L., Camargo, B. V., Boulsfield, A. B. & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (12):3621-3630. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3621.pdf>

21. Almeida, H. B. (2009). *Diferenças, igualdade*. Editora Berlendis & Vertecchia. São Paulo.

22. Tavares, D. M. S., Santos, L. L., Dias, F. A., Ferreira, P. C. S. & Oliveira, E. A. (2015). Qualidade de vida de idosos rurais e fatores associados. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 9(11):9679-87. Recife. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10756/11879>

23. Lobo, A. J. S., Santos, L. & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira Enfermagem*, vol.67, n.6, pp.913-919. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000600913&script=sci_abstract&tlng=pt

24. Mesquita, R. B., Morano, M. T. A. P., Landim, F. L. P., Collares, P. M. C. & Pinto, J. M. S. (2012). Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. *Ciência & saúde coletiva*, vol.17 no.5. Rio de Janeiro. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500006

25. Magalhães, K. A., Giacomini, K. C., Santos, W. J. & Firmo, J. O. A. (2015). A visita domiciliária do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. *Ciência e Saúde coletiva*, 20(12): 3787-3796. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203787&script=sci_abstract&tlng=pt

26. Carneiro, J. A., Cardoso, R. R., Durães, M. S., Guedes, M. C. A., Santos, F. L., Costa, F. M. & Caldeira, A. P. (2017). Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(4):747-52. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0747.pdf

27. Perseguino, M. G., Horta, A. L. M. & Ribeiro, C. A. (2017). A família frente a realidade do idoso de morar sozinho. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(2):235-41. Acedido em janeiro de 2018, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0235.pdf

ANEXOS

ANEXO I: Índice de Katz

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se; Pontos: ____	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se; Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho; Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência;Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência; Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação; Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Fonte: Fonte: Hartford Institute for Geriatric Nursing (1998), publicada, segundo observação no referido site, em 1998, versão adaptada em português.

ANEXO II: Escala de Graffar

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaço o máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	5 ▲	4 ▲	3	I CLASSE ALTA
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes Intermediários e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaço e confortáveis 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	10 ▲	8 ▲	4 ▲	II CLASSE MÉDIA ALTA
3	<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios, Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau 7) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	14 ▲	11 ▲	7 ▲	III CLASSE MÉDIA
4	<ul style="list-style-type: none"> - Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 4) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizados de nível 4 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações < ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	18 ▲	14 ▲	10 ▲	IV CLASSE MÉDIA BAIXA
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariado (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Improprío (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de proximidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	22 ▲	17 ▲	13 ▲	V CLASSE BAIXA

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 469 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amorim

ANEXO III: Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia³ e a Convenção de Oviedo⁴

Título do estudo: “HUMANIZAR A SERRA” - Promover a saúde das pessoas idosas isoladas -

Enquadramento: A elaboração deste trabalho surge no âmbito do Estágio Final na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, 2.º ano, 1º semestre da Universidade de Évora, constituindo um elemento de avaliação.

Sendo preconizada uma linha de investigação na área do envelhecimento, no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, surge a criação de um projeto de intervenção comunitária direccionado às pessoas idosas isoladas em duas freguesias da zona serrana do concelho de Silves.

A escolha das freguesias, foi ao encontro dos dados demográficos do concelho, que segundo as estatísticas, são as que apresentam um maior número de idosos isolados, por habitarem na zona serrana e maioritariamente ligados à agricultura, constituindo um fator real de isolamento e potenciador de vulnerabilidades.

Explicação do estudo: O projeto prevê a realização da visita domiciliária, pela equipa multidisciplinar.

A equipa multidisciplinar é composta por assistente social, enfermeiro e Guarda Nacional Republicana.

Na primeira visita será realizada uma entrevista onde se pretende recolher os dados sociodemográficos de cada idoso e esta decorre sob a orientação de cinco perguntas abertas e fechadas que avaliam a maior necessidade do idoso neste momento.

Aplicar-se-á ainda a Escala de Katz, que avalia o grau de dependência do idoso e a Escala de Graffar, que atribui a classe social da pessoa e caracteriza o nível de alfabetização e condições habitacionais.

Serão realizadas, pelo menos duas visitas domiciliárias a todos os idosos isolados das freguesias selecionadas, com uma duração aproximadamente de 45 minutos em cada visita e onde se realizarão ações de prevenção, promoção e proteção da saúde para cada idoso.

Com estes instrumentos, tenta-se identificar as necessidades do idoso a nível físico e sócio-funcional e realizar o acompanhamento e ações de resposta às necessidades encontradas, através da mobilização e apoio dos recursos da comunidade, nomeadamente: Unidade de Cuidados na Comunidade, Grupo de Apoio à Pessoa Idosa de Silves, Autarquia e Guarda Nacional Republicana de Silves, durante um período de 3 meses.

³ https://www.ordemdosmedicos.pt/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0077090001371555285-672.pdf

⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Condições e financiamento: A deslocação da equipa multidisciplinar ao domicílio da pessoa idosa isolada, será garantida e disponibilizada pela Câmara Municipal de Silves.

O projeto está inserido no Grupo de Apoio à Pessoa Idosa [GAPI] de Silves, sendo que a sua participação, não implicará qualquer prejuízo pessoal ou profissional, pelo que é totalmente voluntária, e respeita a autonomia e confidencialidade e o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para a participação no projeto.

Confidencialidade e anonimato: O projeto aguarda parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Algarve.

As respostas serão tratadas com confidencialidade e proteção de dados e informação entre os profissionais intervenientes, garantindo o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente projeto; prometendo o anonimato, sem fazer referência ao registo de dados de identificação. Os resultados finais serão apresentados e divulgados em conjunto com as entidades integradoras e com os idosos participantes no projeto sob a prática do proteção de dados.

Obrigada pela Atenção!

Assinatura do investigador: -----

Joana Soares Nobre de Brito

Enfermeira no serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão.

Estagiária do Mestrado em Enfermagem em Associação e Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Telemóvel: 964583754

Email: joananobrebrito@hotmail.com

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 style="text-align: center;">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> <p style="text-align: center;">NOME:</p> <p style="text-align: center;">BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p style="text-align: center;">GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p style="text-align: center;">ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO IV: Ofício do parecer do projeto pela Comissão de Ética para a Saúde da CES ARS Algarve.



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS
algarve
Centro de Saúde de Faro, Sagres e Faro
Ministério da Saúde

210318 002792

Exm^a. Senhora
Enf. Joana Brito
joanabrebrito@hotmail.com

CC: ACBS Barlavento

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		Nº: JP/2018 PROC. Nº: #05/2017	15/03/2018

ASSUNTO: Parecer da CES da ARS Algarve sobre projeto n.º 35/2017
“HUMANIZAR A SERRA- Promover a saúde das pessoas idosas isoladas”

Serve o presente para informar V. Exa. que o projeto em questão mereceu parecer Positivo por parte da CES da ARS Algarve na sua reunião de 15 de fevereiro de 2018, e autorização do Conselho Diretivo em reunião de 08 de março de 2018 para a sua realização.

Sobre o conteúdo do projeto e a informação sumária constante no pedido, revela-se o seguinte:

Resumo: Humanizar a Serra – Promover a saúde das pessoas idosas que se encontram isoladas. Pretende-se com este projeto prestar apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas, através de um trabalho de proximidade desenvolvido por uma equipa multidisciplinar, no âmbito da UCC de Silves em conjunto com outras instituições sociais integradas no Grupo de Apoio à pessoa Idosa (GAPI) de Silves, num total de 15 a 22 pessoas.

Finalidade e objetivos: Apoiar as pessoas idosas isoladas, na monitorização e encaminhamento da sua saúde e questões sociais, tentando proporcionar respostas face às suas necessidades e, principalmente criar um elo de ligação à sociedade proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida, nomeadamente diminuição da sensação de solidão e exclusão social.

O Objetivo Geral é promover o apoio de saúde e social às pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias do concelho de Silves, em parceria com o GAPI e a GNR.

Desenho de estudo e métodos: utilizada a metodologia do planeamento em saúde, onde foi desenvolvido o diagnóstico de saúde para posterior implementação de um projeto de intervenção comunitária. O diagnóstico de saúde consiste num estudo qualitativo/quantitativo e descritivo. Metodologia do planeamento em saúde através de entrevista orientada por cinco perguntas-chave abertas, escala de Graffar e Índice de Katz a idosos com idade superior a 65. Entrevista às pessoas idosas, orientada por cinco perguntas-chave (abertas) com consentimento informado.



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



População: 22 pessoas idosas que vivem sozinhas e isoladas em duas freguesias do concelho de Silves.

Considerações éticas: as respostas serão tratadas com confidencialidade e proteção de informação entre os profissionais intervenientes, garantindo o uso exclusivo e apenas pertinente, dos dados recolhidos para o presente projeto; prometendo o anonimato, sem fazer referência ao registo de dados de identificação de nenhum idoso na apresentação de resultados e avaliação do projeto. Os resultados finais serão apresentados e divulgados em conjunto com as entidades integradoras no projeto sob a prática do anonimato e confidencialidade de informação. Sempre que o idoso necessite de intervenção de saúde ou social, este deve aceitá-la, nas suas capacidades mentais, sob a prática do princípio da autonomia e em consentimento informado. O projeto apenas contempla a informação já disponível no GAPI e GNR local, que integrando-se em equipa de acompanhamento, tratam estes dados na sua seriedade e confidencialidade profissional, sempre no sentido da prática da justiça e solidariedade social. Em momento algum do projeto, serão divulgados dados pessoais de nenhum idoso incluído no projeto, ficando restrita a informação aos integrantes do grupo de apoio, e a análise de conteúdo será realizada qualitativamente, mantendo as respostas no anonimato e com referência a entrevistado 1 [E1], entrevistado 2 [E2], etc.

Implicação expectável para a saúde das populações:

O projeto tem como objetivo apoiar às pessoas idosas isoladas, na monitorização e encaminhamento da sua saúde e questões sociais, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida.

Este projeto procura planear e conceber intervenções de saúde e sociais, tendo em conta o diagnóstico de saúde e social do Concelho de Silves, bem como coordenar, dinamizar, participar e avaliar o projeto de intervenção na potenciação da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

Orçamento/financiamento:

Pretende um apoio financeiro da autarquia para a deslocação ao domicílio dos idosos inseridos no projeto, disponibilizando a mesma o transporte; consumíveis e material de apoio a cargo da investigadora e do GAPI e as horas dos profissionais integradas no seu horário contratual têm financiamento.

Solicita-se igualmente que, ao abrigo do disposto no n.º 23º da atual Declaração de Helsínquia, dê conhecimento à CES da ARS Algarve, I.P., de eventuais alterações ao protocolo de



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



investigação e demais informações tidas por relevantes, bem como do relatório final com as conclusões do estudo.

Aproveitamos ainda para desejar o maior sucesso no desenvolvimento deste trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Joséia Gonçalves
Vogal do Conselho Diretivo
da ARS Algarve, LP

ANEXO V: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas áreas da Saúde Humana e Bem-Estar - Universidade de Évora



Documento	1	8	0	6	7
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “Humanizar a serra” - Promover a saúde das pessoas idosas isoladas da investigadora **Joana Soares Nobre de Brito** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Paula Gato (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)