

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

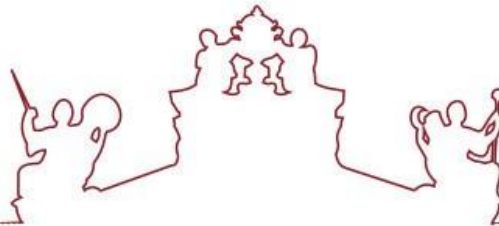
Mestrado em Estudos em Enfermagem

Dissertação

**Intervenção “Proximidade Geriátrica”: um contributo para o
envelhecimento ativo e saudável na pessoa idosa
institucionalizada**

Bruno Gonçalo Cassis Morgado

Orientador(es) / Lara Guedes de Pinho
Évora 2022



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

Mestrado em Estudos em Enfermagem

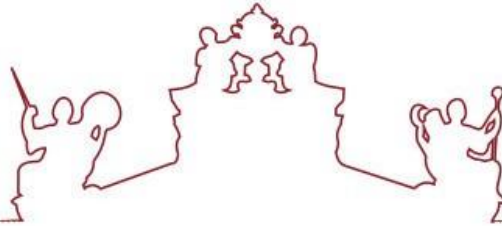
Dissertação

**Intervenção “Proximidade Geriátrica”: um contributo para o
envelhecimento ativo e saudável na pessoa idosa
institucionalizada**

Bruno Gonçalo Cassis Morgado

Orientador(es) / Lara Guedes de Pinho
Évora 2022



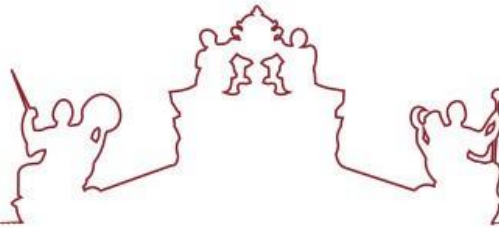


A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Manuel José Lopes (Universidade de Évora)

Vogais / Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco (Instituto Politécnico de Portalegre)
(Arguente)
Lara Guedes de Pinho (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2022



RESUMO

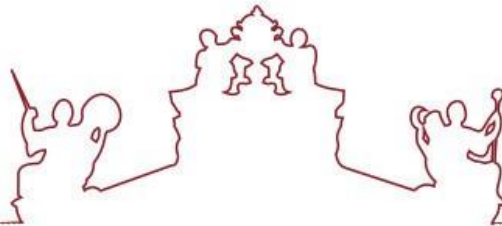
Breve Fundamentação: As alterações demográficas, epidemiológicas e sociofamiliares que caracterizam a mudança na População Portuguesa e Mundial devem ser vistas como inevitáveis e alvo de intervenção. Constatamos a existência de um número crescente de pessoas com mais de 65 anos, com multimorbilidade associada e níveis de dependência elevados e que necessitam de cuidados. De facto, a esperança média de vida aumentou, mas não foi acompanhada por um aumento da esperança média de vida com saúde. Estes fatores, aliados às alterações sociofamiliares, como por exemplo, a passagem das famílias alargadas para as famílias nucleares, veio alterar o processo assistencial, pelo que se tem recorrido cada vez mais à institucionalização.

A institucionalização, por sua vez, leva muitas das vezes à quebra das relações sociais e sociofamiliares dos idosos. Fenómeno que vem sendo agravado pela situação pandémica, resultante por exemplo da suspensão de visitas nos Lares. Torna-se assim necessário e urgente reativar as relações sociais sociofamiliares, minimizando o impacto na saúde, pelo que se pretende implementar uma intervenção de Proximidade Geriátrica, de forma a contribuir para um Envelhecimento Ativo e Saudável.

Objetivo: O objetivo deste estudo de investigação foi avaliar o impacto da implementação de uma intervenção de Proximidade Geriátrica na funcionalidade, na satisfação com o suporte social, na experiência afetiva e no sentimento de solidão das pessoas idosas institucionalizadas.

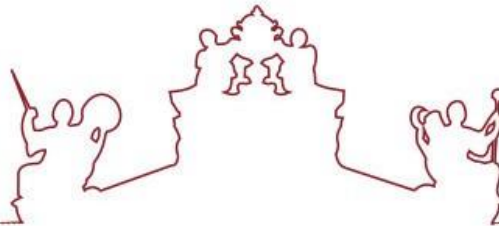
Metodologia: Foi realizado um estudo quasi-experimental de natureza quantitativa, com uma amostra de 34 pessoas com mais de 65 anos residentes em Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI). O grupo experimental (GE) foi constituído por idosos da instituição A e o grupo de controlo (GC) foi constituído por idosos da instituição B que aceitaram participar. O GE foi sujeito à intervenção "Proximidade Geriátrica" e o GC manteve, os cuidados como habitualmente, sem ser sujeito à intervenção. A intervenção consistiu em 10 sessões grupais que se centraram no reavivar de memórias passadas, com temas distintos. Foram aplicados quatro instrumentos de avaliação a ambos os grupos, a Escala da Satisfação com o Suporte Social (ESSS); Elderly Nursing Core Set (ENCS); Escala de Afeto Positivo Afeto Negativo - versão reduzida (PANAS-VRP) e Escala da Solidão UCLA. Foram feitas avaliações no início, durante e no fim do estudo. A fase de recolha de dados e intervenção teve a duração de 8 semanas. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais com recurso ao SPSS, tendo em conta os pressupostos de normalidade dos dados.

Resultados: Ambos os grupos foram constituídos por 17 indivíduos cada sendo a maioria no GE do sexo masculino (64.7%) e no, GC do sexo feminino (64.7%). 61.8% da amostra global, tem o estado civil de viúvo/a. No global, as mulheres são mais velhas que os homens. Em relação aos scores globais das diferentes escalas o GC não apresenta diferenças entre os 3 instantes de medição, enquanto o GE, apresenta entre a primeira e a terceira medições (todos os $p < 0.05$), observando-se uma redução da pontuação do perfil funcional geral, da escala de solidão e do afeto negativo e um aumento da satisfação com o suporte social e do afeto positivo.



Conclusão: A intervenção “Proximidade Geriátrica” traz benefícios para as pessoas idosas institucionalizadas melhorando a satisfação com o suporte social, a funcionalidade ao nível da cognição e a afetividade, diminuindo os sentimentos de solidão. No entanto, entendemos que para uma efetiva melhoria da comunicação e do Autocuidado, é necessário um conjunto de mudanças processuais e estruturais nas instituições, com a aplicação de um modelo de cuidados continuado e integrado.

Palavras-Chave: Envelhecimento Ativo; Modelos de Cuidados; Funcionalidade; Cuidados Longa-duração; Suporte Social



Intervention “Geriatric Proximity”: a contribution to active and healthy aging in institutionalized elderly people

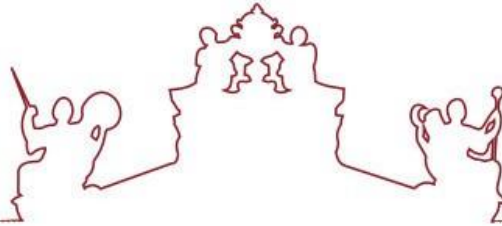
ABSTRACT

Brief Rationale: The demographic, epidemiological and socio-familial changes that characterize the change in the Portuguese and World Population must be seen as inevitable and targeted for intervention. We note the existence of a growing number of people over 65 years of age, with associated multi-morbidity and high levels of dependence, who need care. In fact, average life expectancy increased, but it was not accompanied by an increase in average healthy life expectancy. These factors, allied to socio-familial changes, such as the transition from extended families to nuclear families, changed the care process, which is why institutionalization has been increasingly resorted to. Institutionalization, in turn, often leads to the breakdown of social and socio-familial relationships among the elderly. A phenomenon that has been aggravated by the pandemic situation, resulting, for example, from the suspension of visits to the Homes. It is therefore necessary and urgent to reactivate social and family relationships, minimizing the impact on health, so it is intended to implement a Geriatric Proximity intervention, to contribute to Active and Healthy Aging.

Objectives: The aim of this research study was to assess the impact of implementing a Geriatric Proximity intervention on functionality in satisfaction with social support, in the affective experience and in the feeling of loneliness of institutionalized elderly people.

Methodology: A quasi-experimental study of a quantitative nature was carried out, with a sample of 34 people over 65 years of age residing in Residential Structures for the Elderly (ERPI). The experimental group (EG) consisted of elderly people from institution A and the control group (CG) consisted of elderly people from institution B who agreed to participate. The EG was subjected to the intervention “Geriatric Proximity” and the CG maintained the care as usual, without being subject to the intervention. The intervention consisted of 10 group sessions that focused on rekindling memories, with different themes. Four assessment instruments were applied to both groups, the Social Support Satisfaction Scale (ESSS); Elderly Nursing Core Set (ENCS); Positive Affect Scale Negative Affect - short version (PANAS-VRP) and UCLA Loneliness Scale. Assessments were made at the beginning, during and at the end of the study. The data collection and intervention phase lasted 8 weeks. Descriptive and inferential statistical analyzes were performed using SPSS, considering the assumptions of data normality.

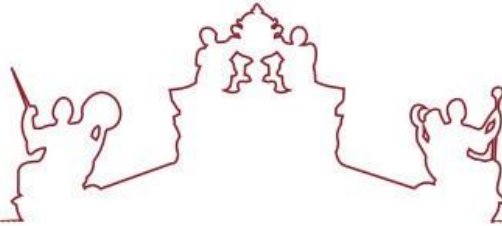
Results: Both groups consisted of 17 individuals each, the majority in the male EG (64.7%) and in the female CG (64.7%). 61.8% of the global sample has the marital status of widow/widower. Overall, women are older than men. Regarding the global scores of the different scales, the CG does not show differences between the 3 measurement instants, while the EG presents between the first and third measurements (all $p < 0.05$), observing a reduction in the functional profile score general, the loneliness



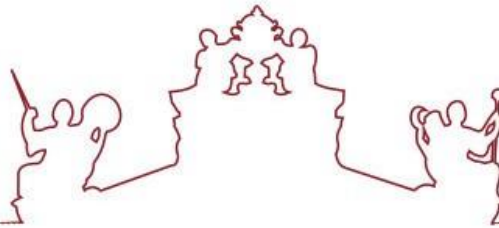
scale and negative affect and an increase in satisfaction with social support and positive affect.

Conclusion: The intervention “Geriatric Proximity” brings benefits to institutionalized elderly people, improving satisfaction with social support, functionality at the level of cognition and affectivity, reducing feelings of loneliness. However, we understand that for an effective improvement in communication and self-care, a set of procedural and structural changes in institutions is necessary, with the application of a model of continuous and integrated care.

Key words: Active aging; Care Models; Functionality; Long-term care; Social Support



*"O sucesso, à semelhança da felicidade não pode ser provocado.
Tem de surgir naturalmente.
E isso só acontece como efeito secundário espontâneo da dedicação do indivíduo a uma causa superior a ele"
- Victor Frankl*



Agradecimentos

" No Tratado da Gratidão de S.Tomás de Aquino existem três níveis de gratidão, o mais superficial é o nível do reconhecimento intelectual e cognitivo, o segundo nível é o nível do agradecimento, dar graças a alguém por aquilo que fez por nós, e o terceiro nível, o mais profundo do agradecimento é o nível do vínculo. Descobri que em inglês se agradece no nível mais superficial da gratidão (Thank You), no plano intelectual, na maior parte das outras línguas europeias se agradece no nível intermédio da gratidão (Merci – dou-lhe uma mercê por aquilo que me trouxe ou deu), mas só em português é que se agradece com o terceiro nível, o mais profundo, nós dizemos (Obrigado (...))"

António Sampaio da Nóvoa, 2014

Obrigado...

Aos meus, à minha Família, a base de toda uma estrutura cognitiva em constante transformação, aos meus pais, sem dúvida sem eles não estaria aqui, às minhas irmãs enquanto núcleo.

À Sara pela ausência física e mental em muitos momentos das nossas vidas.

Aos meus amigos, Tiago, Beatriz, Mariana, João, Fernando e muitos outros que infelizmente não poderei enumerar aqui.

Às minhas colegas da "Turma do Taxi", Sandra, Inês e Cristina que tão bons momentos partilhamos nesta aventura.

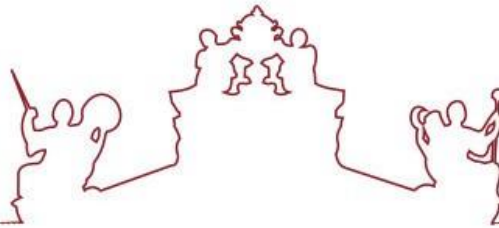
À Professora Lara Pinho pela total disponibilidade, ajuda, motivação, paciência e espírito promotor do meu desenvolvimento.

À Professora Anabela Afonso pela disponibilidade e pela análise estatística do nosso projeto.

Ao Professor Manuel Lopes pela transmissão de sabedoria, conselhos e disponibilidade.

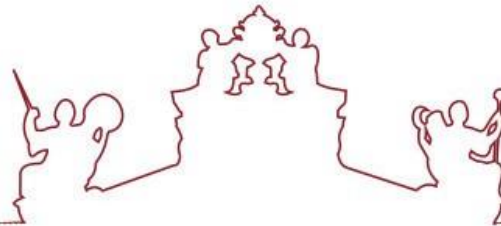
São, sem dúvida, vocês que me fazem parecer melhor do que realmente sou.

Recordo, se por lapso virem a palavra "eu" nestas páginas, refere-se a todos os colegas, amigos e familiares e até alguns que possa ter esquecido.



Índice

RESUMO	4
ABSTRACT	6
Introdução	12
1. Enquadramento teórico	15
1.1 Envelhecimento demográfico e epidemiológico	15
1.2 Promoção de um envelhecimento ativo e saudável	17
2.3 A Pessoa idosa institucionalizada	20
2.3.1 Importância das relações sociais e afetivas para um envelhecimento ativo e saudável ...	24
2.3.2 Contributos da terapia da reminiscência para um EAS	25
2. Modelo conceptual da intervenção geriátrica	27
3. Parte empírica	31
3.1 Objetivos e metodologia da investigação	31
3.1.1 Desenho do Estudo	31
3.1.2 Objetivo	31
3.1.2 Amostra	31
3.1.3 Instrumentos de recolha de dados	32
3.1.4 Procedimentos	33
3.1.5 Análise Estatística	34
3.1.6 Considerações Éticas	35
4. Resultados	36
5. Discussão	44
Conclusão	52
Referências bibliográficas	55
Anexos	60
Anexo 1 – Consentimento informado	62

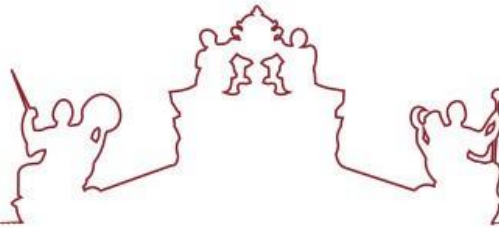


Índice de Tabelas

Tabela 2 - Medidas resumo da idade dos utentes por grupo	38
Tabela 3 - Medidas resumo da idade dos utentes por género.....	39
Tabela 4 - Média \pm desvio-padrão dos domínios/escalas antes (1ª medição), durante (2ª medição) e pós (3ª medição) intervenção, em cada grupo.....	40
Tabela 5 - P-value do teste de Shapiro-Wilks de cada escala por medição e grupo	42
Tabela 6 - P-value do teste de Levene de cada escala por medição	42
Tabela 7 - P-value do teste t, ou Wilcoxon Mann-Whitney, que compara o valor da medição dos 2 grupos	42

Índice de Figuras

Figura 1 - Modelo de influência da pessoa idosa institucionalizada	29
Figura 2 - Género de utentes por Grupo	38
Figura 3 - Idade dos utentes por grupo	38
Figura 4 - Idade dos utentes por género	39
Figura 5 - Evolução de cada medida por utente ao longo dos três momentos de avaliação.....	39
Figura 6 - Evolução de cada medida por grupo ao longo dos três momentos de avaliação e perfil médio dos utentes (linha sólida) por grupo	40
Figura 7 - Evolução de cada medida por grupo ao longo das 3 medições e perfil médio dos utentes (linha sólida) por grupo.	41
Figura 8 - Tríade (Estrutura-Processo-Resultados) promotoras do Autocuidado (DONABEDIAN, 1980). .	49



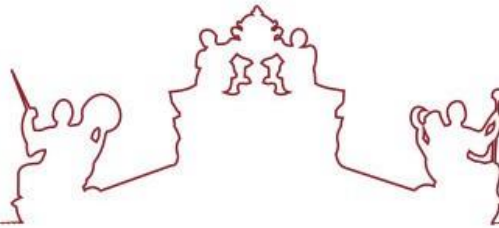
Introdução

O envelhecimento mostra-se como um dos principais desafios para os países desenvolvidos. Alterações ao nível demográfico, como a diminuição da taxa de fecundidade, como o aumento da esperança de vida e o aumento dos movimentos de migração, em paralelo com alterações ao nível epidemiológico como a substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis, o deslocamento da carga de morbilidade e mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais velhos, e a transformação de do predomínio da mortalidade para a qual predomina a morbilidade, são os principais fenómenos explicativos deste fenómeno (Simões et al., 2017).

Um português com 65 anos, nos dias de hoje, pode esperar viver em média mais 20 anos, no entanto cerca de 13 desses 20 anos provavelmente serão com alguma forma de dependência. Dependência esta que resulta da carga de multimorbilidade conjugada com fases avançadas da vida, culminando na necessidade assistencial (Lopes et al., 2021). Quer isto dizer que a esperança de vida que tem vindo a aumentar, não significa necessariamente um aumento da esperança de vida com saúde.

No entanto essa necessidade assistencial, devido a fatores como a entrada da mulher no mercado de trabalho em paridade com o homem a somar à diminuição do número de elementos do agregado familiar veio reduzir a disponibilidade da família para cuidar dos membros mais velhos, culminando em outra necessidade, necessidade esta de recorrer a sistemas sociais que permitam a institucionalização (Lopes et al., 2021).

No entanto a institucionalização pode não ser a melhor opção. Segundo diversos autores que foram estudando a influência da mesma na pessoa idosa, a envolvimento em normas implícitas e explícitas, a não potenciação da autonomia pessoal, a interferência na organização e na personalização e o bloqueio do desenvolvimento de ligação e da manifestação de afetos (Paúl, 1997), como também uma diminuição da qualidade da rede de suporte social, levam a um aumento dos níveis de solidão. Além



disso, um estudo recente realizado em Portugal concluiu que os idosos institucionalizados tiveram mais défices funcionais do que aqueles que residiam nos seus domicílios e frequentavam centros de dia, independentemente da idade (Lopes et al., 2021).

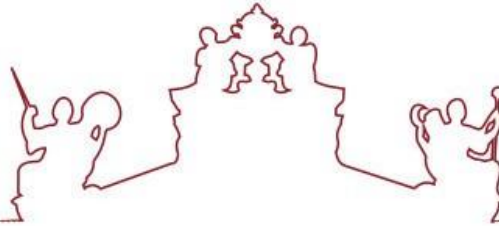
Neste sentido, surge o Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) como principal estratégia para a otimizar a funcionalidade das pessoas idosas de forma a garantir que tenham capacidade de vivenciar aquilo que valorizam (World Health Organization, 2015). Esta otimização, que resulta da inerente relação da capacidade intrínseca com o meio, que permite a Autonomia, ou seja, a capacidade de fazer escolhas e assumir o controlo da própria vida (WHO, 2015). Otimização que pode ser atingida através da valorização das relações sociais e afetivas.

É, portanto, premente uma mudança de paradigma ao nível dos cuidados à pessoa idosa institucionalizada, surgindo uma necessidade de planeamento e implementação de intervenções que promovam a satisfação com as relações sociais e afetivas, envolvendo a família, os amigos e a comunidade.

Neste sentido, este estudo de investigação pretende implementar uma intervenção denominada de “Proximidade Geriátrica”, tendo como objetivo avaliar o impacto desta intervenção na funcionalidade, na satisfação com o suporte social, na experiência afetiva e no sentimento de solidão das pessoas idosas institucionalizadas.

Neste sentido, a estrutura inerente a esta dissertação é composta por sete capítulos. O enquadramento teórico, onde apresentamos dados da problemática do envelhecimento da população e das características inerentes, como a multimorbilidade e dependência, ao mesmo tempo que falamos das alterações da composição das famílias, que levam à procura de apoios sociais que permitem responder à necessidade de cuidados da pessoa idosa, como a institucionalização. Seguindo as premissas do envelhecimento Ativo e saudável, melhorando a qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada, observamos também a importância das relações sociais e afetivas como os benefícios de atividades sociais inseridas em princípios da terapia da reminiscência.

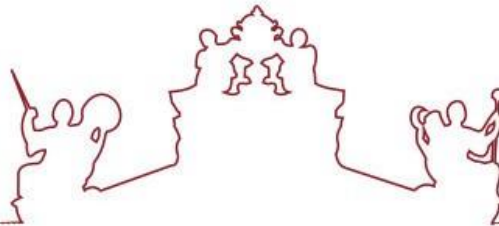
Segue-se a explicação da intervenção, no que aos objetivos e à metodologia escolhida para desenvolvimento do estudo, dizem respeito. Desenvolvendo o desenho do estudo, a constituição da



amostra, apresentando as características sociodemográficas da mesma, explicando os instrumentos de recolha de dados que usamos, assim como, a explicação de toda a intervenção e recolha de dados propriamente dita, análise estatística e considerações éticas inerentes.

Após clarificação de toda a estrutura e processo do estudo, o capítulo seguinte diz respeito à apresentação dos resultados, referentes à evolução ao longo da intervenção nas deferentes escalas. Posto isto, cruzamos os dados com a literatura recente e desenvolvemos uma discussão de forma a procurar resposta ao objetivo principal do nosso estudo, abordando também as limitações sentidas no decorrer da investigação.

Terminamos com uma conclusão onde apresentamos considerações finais do estudo, como recomendações para a prática e recomendações para futuras investigações.



1. Enquadramento teórico

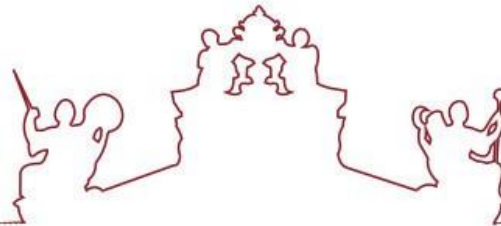
1.1 Envelhecimento demográfico e epidemiológico

O percurso da humanidade vive momentos de glória quando se trata da longevidade do ciclo de vida de um ser humano. Superamos infeções e epidemias; desenvolvemo-nos economicamente. No entanto, o aumento da esperança de vida não pode continuar a ser um mero troféu de ganhos de anos de vida, uma vez que não significa esperança de vida saudável. Portugal regista uma esperança de vida aos 65 anos de 20,3 anos, no entanto a esperança de vida saudável aos 65 anos é de 7,3 anos, abaixo da média europeia de 9.9 anos (Eurostat, 2020).

No cerne deste novo desafio, podemos apontar dois fenómenos que devem ser considerados, as mudanças decorrentes a nível demográfico e a nível epidemiológico. Assim, temos vindo a observar um acréscimo das populações mais velhas, mas caracterizadas por uma elevada taxa de multimorbilidade.

Começando pelo primeiro fenómeno, a alteração demográfica, explica-se essencialmente por três razões, nomeadamente a diminuição das taxas de fecundidade, o acontecimento isolado do aumento da esperança de vida e os movimentos migratórios (PORDATA, 2020). De acordo com os dados da PORDATA, a fecundidade em Portugal diminuiu de 957 filhos por cada 1000 mulheres em 1961, para 379 filhos por cada 1000 mulheres em 2019, pelo que em breve poderemos observar uma diminuição acentuada dos nascidos vivos nos últimos 50 anos (PORDATA, 2020).

Estes dados, que em intersecção com o aumento da esperança de vida, que em Portugal se situava em 81,6 anos de acordo com o último Relatório do Perfil de Saúde em Portugal, indicam uma diminuição da taxa de reposição populacional, que neste momento em Portugal é de 2,1. Este facto é preocupante porque se pesarmos este valor, estes dois filhos servem para substituir os pais e só os 0,1 sobram para substituir um indivíduo que faleça antes de atingir a idade reprodutiva, pelo que



conseguimos concluir que Portugal está no limiar da taxa de reposição populacional e com tendência a diminuir, tornando-se uma população em envelhecimento. Atualmente, cerca de 21,1% da população portuguesa tem mais de 65 anos, superior ao resto da União Europeia, que se situa nos 19,4%. Acompanhando essa mudança demográfica, observamos outro fenómeno diretamente proporcional, as mudanças epidemiológicas (Simões et al., 2017).

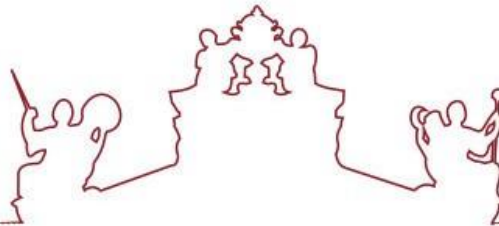
Para explicar essa transição epidemiológica, podemos apontar três mudanças chave, no panorama da saúde, a substituição do predomínio das doenças transmissíveis pelas doenças não transmissíveis; o deslocamento da carga de morbilidade e mortalidade, que anteriormente se situava na população mais jovens, para a população mais velha; e a transformação epidemiológica em que predomina a mortalidade, para a morbilidade. Assim, no top 10 das patologias que mais matam em Portugal, encontramos nas primeiras cinco, as doenças cardiovasculares, as doenças isquémicas do coração, seguidas das pneumonias, diabetes, cancro do pulmão e cancro colo-rectal (Simões et al., 2017).

Com o aumento do envelhecimento populacional, observamos um aumento das doenças ou condições crónicas, que afetarão a qualidade dos anos que os indivíduos adquiriram com o aumento da esperança de vida. Como nos mostra um estudo que procurou determinar a prevalência da multimorbilidade na população adulta que utiliza os cuidados de saúde primários em Portugal, constatou-se que quase 9 em cada 10 participantes, ou seja 87%, tiveram pelo menos um problema crónico de saúde, uma média de 3 a 4 problemas crónicos de saúde (Prazeres & Santiago, 2015).

Pois o que podemos colocar como fator impactante da capacidade da pessoa idosa, na utilização dos cuidados de saúde e nos custos associados a esse atendimento, é sim uma condição de simultaneidade de experimentação de mais do que uma condição crónica, conhecida como morbilidade múltipla (Marengoni et al., 2011; WHO, 2015).

Reparamos que o envelhecimento e a morbilidade múltipla são conceitos que se conjugam, impactando negativamente o primeiro. Torna-se assim importante pensar num percurso de vida que culmine numa chegada aos estádios avançados da vida, com uma capacidade funcional que possibilite o autocuidado independente.

Cruzando este facto de transição epidemiológica e de transição demográfica, leva-nos a concluir que



Portugal, em quatro décadas, se tornou num dos países mais envelhecidos e de maior fragilidade demográfica da União Europeia (Oliveira & Gomes, 2018).

O envelhecimento em si não é considerado uma doença, porém a carga de morbilidades que se conjuga com esta fase da vida, culmina num aumento da vulnerabilidade em paralelo com o a diminuição da funcionalidade (Lopes et al, 2021).

Note-se que a presença de mais do que um problema de saúde ou, morbilidade, foi relacionada, num estudo, com os seguintes fatores de risco: maior idade, condições socioeconómicas baixas, sexo masculino, viver em zonas rurais, viver sozinho/a, estado civil de viúvo, baixo nível de escolaridade e estar reformado (Prazeres & Santiago, 2015; WHO, 2018).

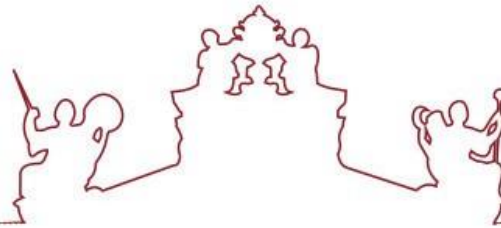
Com isto queremos dizer que, à medida que as pessoas envelhecem, as suas necessidades de cuidados de saúde tendem a aumentar pelo aumentar da complexidade das múltiplas patologias como das incapacidades funcionais inerentes. Esta complexidade de problemas de saúde, torna, um sistema que outrora se prepara para a resposta à doença aguda, incapaz de responder. Este tipo de necessidade requer uma resposta proporcionalmente complexa, ou seja, uma resposta de cuidados integrados, em continuidade e proximidade.

Mas não só as respostas em situações de problemas já instalados deve notar a nossa atenção. A promoção da saúde através de estilos de vida saudáveis, como a alimentação e atividade física, desde o início da vida deve constituir o melhor investimento para maximizar o potencial da saúde, prevenir as doenças crónicas e não transmissíveis e maximizar as capacidades intrínsecas de cada indivíduo de forma a promover a funcionalidade, a sua independência e a autonomia enquanto pessoas mais velhas.

Note-se a diferença ente independência e autonomia, no sentido de independência significar a capacidade em realizar atividades de vida diária sem ajuda de terceiros, e autonomia a capacidade de se governar pelos próprios meios, ou seja, a capacidade em tomar decisões livremente.

Neste sentido de maximizar a capacidade funcional da pessoa idosa a OMS introduz o conceito de Envelhecimento Ativo e Saudável.

1.2 Promoção de um envelhecimento ativo e saudável



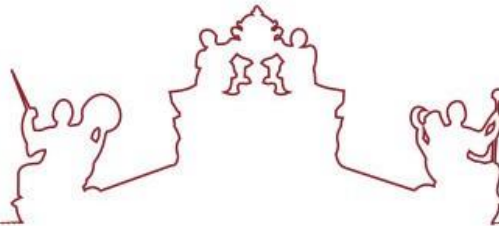
Os anos extra que uma pessoa espera viver após os 60, devem ser vistos hoje em dia, como um novo recurso de maneira a servir a pessoa, auxiliando-a a contribuir para a sociedade de diferentes maneiras. Todavia, esses anos extra apenas poderão adquirir esse valor enquanto recurso, se forem munidos de uma característica-chave, a saúde. Se esses anos extra forem dominados por declínios das capacidades físicas e/ou mentais as limitações para a pessoa idosa terão uma grande expressão, e serão acompanhadas de consequências graves para a própria pessoa e para a sociedade em geral (WHO, 2015).

Podemos entender o envelhecimento como um conjunto complexo de mudanças. Se nos basearmos nas Teorias Biológicas do Envelhecimento, podemos associar essas mudanças à quantidade de dano molecular e celular que ocorre ao longo da vida (Steves, Spector, Jackson, 2012; Fonseca, 2013), isto é, com o desenrolar do tempo de vida, esse dano celular vai progressivamente culminando em quebras dos sistemas homeostáticos e reservas fisiológicas, aumentando o risco de doença e no declínio da capacidade do indivíduo. Resultando em perdas relacionadas com a audição, a visão, movimento e doenças não transmissíveis como as cardiovasculares, os distúrbios respiratórios crónicos, o cancro e a demência (WHO, 2015).

Todavia a simples presença destas condições, nada dizem sobre o impacto das mesmas na vida da pessoa idosa. Pois atualmente um distúrbio visual ou auditivo pode ser compensado com a utilização de equipamentos como óculos ou amplificadores auditivos, ou a pressão sanguínea alta é igualmente controlada com medicação. Podendo assim a pessoa idosa manter um funcionamento completo (Young, Frick, Phelan, 2009; WHO, 2015).

O Envelhecimento Saudável é muitas vezes associado a um estado livre de doença ativa, distinguindo as pessoas saudáveis das não saudáveis. Definição que não se enquadra com o envelhecimento em si, pois como dissemos, a pessoa idosa é maioritariamente portadora de mais do que um problema de saúde, que por sua vez são controlados e têm pouco impacto na sua vida (WHO, 2015).

Por esta ordem de raciocínio a Organização Mundial da Saúde, de uma forma holística define



Envelhecimento Ativo e Saudável (EAS) como a interação entre o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida com o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, sendo esta o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa com o meio. Procurando como fim, último, o alcance do bem-estar, sendo o envelhecimento saudável o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas de forma a garantir aquilo que valorizam (WHO, 2015).

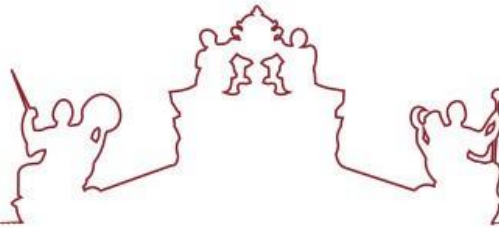
Surge o otimizar da capacidade funcional como principal objetivo do EAS. É esta capacidade funcional, que resulta da inerente relação da capacidade intrínseca com o meio, que permite a Autonomia, ou seja, a capacidade de fazer escolhas e assumir o controlo da própria vida. Como o que vestir, com quem se relacionar, o que comer ou onde morar (WHO, 2015).

Esta Autonomia, é influenciada por fatores como, a própria capacidade intrínseca, o ambiente onde a pessoa idosa vive, os recursos financeiros e pessoais e as oportunidades disponíveis para os mesmos (WHO, 2015)

A amplitude destas oportunidades, depende de um fator fundamental, a saúde. Se as pessoas viverem com saúde esses anos extra, a sua capacidade de realizar tarefas que valorizam será maior do que em contrapartida de esses anos serem acompanhados por morbilidade (WHO, 2015). Surge assim, o processo de capacitação das pessoas, ou seja, a promoção da saúde, com o objetivo de melhorar a saúde através do controlo dos seus determinantes e a possibilidade de envelhecer mantendo a saúde e a autonomia (WHO, 2015).

Promoção da saúde que coloca o comportamento individual, enquanto base da cadeia causal entre a responsabilidade da própria pessoa pelo seu estado de saúde e doença (Fonseca, 2006). Ou seja, a personalidade, os estilos de vida e a ação do contexto para além dos efeitos biológicos (quebras das cadeias homeostáticas) associados ao envelhecimento, são dimensões que interferem na saúde de cada indivíduo, determinando as respetivas trajetórias de saúde (Fonseca, 2006).

Mas para além dos comportamentos individuais, a dimensão relacional assume um papel importante na promoção da saúde, sobretudo na saúde mental (Aoki et al., 2019). São estas relações



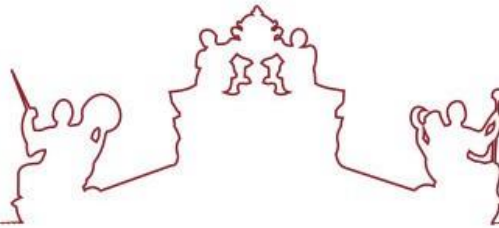
sociais e sociofamiliares que acabam por ser um suporte da pessoa, no sentido emocional e instrumental. No sentido em que quando se verifica maior dependência e limitação na autonomia, a necessidade de ajuda de outrem emerge, outrem que tradicionalmente, ao longo da história civilizacional, pertencia à rede sociofamiliar, composta pelos elementos que compunham a família. No entanto atualmente, esta começa a sofrer de uma diminuição de tal disponibilidade. Facto que se prende com mudanças na sociedade, ligadas à diminuição do número de elementos da família nuclear, e à entrada da mulher no mercado de trabalho em paridade com o homem (Lopes et al., 2021).

Posto isto, a pessoa idosa mais necessitada, fica, com frequência, dependente de sistemas sociais e de saúde (Lopes et al., 2021), sendo necessário, em muitos casos, a institucionalização.

2.3 A Pessoa idosa institucionalizada

Os primeiros sinais de instituições voltadas para os cuidados de longa duração, remontam aos anos de 520 e 590, pelo Papa Pelágio II, que, segundo consta, transformou a sua própria residência numa espécie de hospital para pessoas idosas (Vitorelli et al., 2016). Na idade Média, consta que as pessoas que prestavam cuidados, motivados pela crença da caridade, consistiam essencialmente em religiosos e leigos, com o objetivo de, por um lado, buscarem a salvação das suas almas, e por outro, separar os indivíduos que poderiam representar ameaças à saúde da população. Identificamos assim três pilares norteadores dos cuidados naquela época, sendo estas primeiras instituições orientadas pela assistência, pela formação espiritual e pela exclusão social, respondendo a problemáticas da época como a mendicidade, a pobreza e as doenças (Vitorelli et al., 2016).

Com o avançar da história e do desenvolvimento do conhecimento assistencial, as pessoas portadoras de deficiências ou outro tipo de doenças começaram a ser cuidadas de forma isolada, originando assim espaços próprios, como leprosarias, manicómios, sanatórios, orfanatos e asilos. As pessoas idosas



nesta altura ficavam maioritariamente ao abrigo de asilos (Vitorelli et al., 2016).

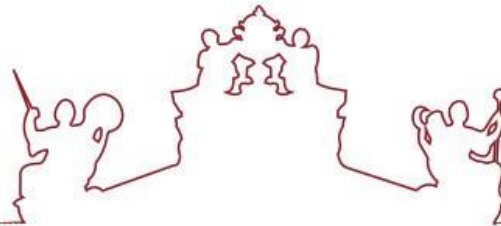
Em Portugal até ao final do século XV, observamos múltiplas iniciativas levadas a cabo para responderem às necessidades da população portuguesa. Na realidade portuguesa de então era possível identificar as Albergarias, pequenas enfermarias destinadas a assistência de peregrinos e outros viajantes; os Hospitais, mais orientados para os pobres; as Leprosarias, mais destinadas aos leprosos; e as Mercearias, que funcionavam junto das capelas e tinham como público-alvo a nobreza mais empobrecida ou envergonhada (Ferreira, 1990).

Encontramos evidências de lares de idosos na Europa por volta do século XVI, com uma conceção asilar, como dito anteriormente, para admitir doentes mentais, marginais e velhos. Apenas no último quarto do século XX, podemos observamos a mudança de público-alvo deste tipo de recurso para a população envelhecida carenciada (Fernandes, 1997).

A designação de “lar” é um contributo do pós-25 de Abril, passando os tradicionais asilos ou albergues a serem designados por lares. No âmbito do setor social, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social define lar de idosos como “*um estabelecimento onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio, a animação social e a ocupação do tempo livre dos utentes*” (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009).

A responsabilidade dos cuidados a pessoa idosa com algum grau de dependência é atribuída, no contexto português, a organizações do setor social, sendo estas as principais detentoras das Estruturas Residenciais para Idosas (ERPI) e Centros de Dia (CD). Estas unidades unicamente criadas como respostas sociais, são compostas por um perfil de competências profissionais com pouca diferenciação na área da saúde, ao contrário de outras organizações que compõem a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Lopes et al., 2021).

Acompanhando a alteração epidemiológica, que abordamos em capítulos anteriores, a maioria das pessoas que recorrem a este tipo de resposta social, apresentam uma média etária cada vez maior e maiores níveis de dependência. Dados confirmados por um estudo português, que conclui que a



totalidade da amostra residente em ERPI's, 64,2% tem mais de 85 anos e 57,2% apresenta um perfil funcional de entre problema moderado a problema completo com necessidade de cuidados para a realização de Atividades de Vida Diária (AVD) (Lopes, Fonseca & Pinho, 2021). Ainda podemos acrescentar que 70,1% dos residentes em ERPI apresentava multimorbilidade, sendo identificadas duas ou mais áreas de diagnóstico (Lopes, Fonseca & Pinho, 2021).

Concluindo, e ainda relativamente ao perfil funcional, os mesmos autores destacam que as áreas de maior carência de cuidados são o autocuidado, a aprendizagem e as funções mentais, a comunicação e as relações com familiares e amigos (Lopes, Fonseca & Pinho, 2021).

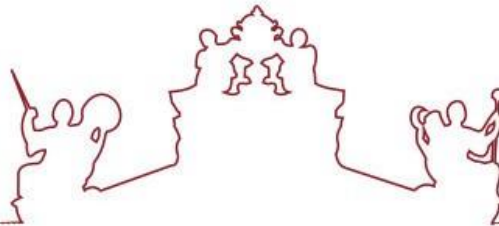
No entanto a institucionalização, ou seja, a mudança temporária ou permanente do contexto em que a pessoa idosa passa a contactar diariamente, acarreta alterações na mesma.

A evidência de estudos com a atenção voltada para o efeito da institucionalização sobre a pessoa idosa já vem da segunda metade do século. Lieberman, descreve a institucionalização sobre os residentes como uma submissão a um quotidiano formalmente administrado e um afastamento da sociedade mais amplo, como resultado de uma dependência vivenciada por muitas das pessoas idosas. Este mesmo autor conclui que a este processo de institucionalização, se pode conjugar o aumento do stress, autoimagem negativa, depressão, perda de interesse em atividades, passividade e até mesmo aumento da mortalidade (Lieberman, 1969).

Segundo Paúl, a vida institucional, repleta de normas implícitas e explícitas, não potencia a autonomia pessoal, interfere na organização e na personalização e bloqueia o desenvolvimento de ligação e a manifestação de afetos (Paúl, 1997).

Fernández-Ballesteros que estudou a influência do ambiente estranho sobre os mais idosos em particular conclui também que quando um ambiente é considerado inadequado, ameaça a integridade das pessoas, podendo até levar a uma regressão do estado de saúde rapidamente (Fernández-Ballesteros, 2000).

Um estudo que procurou acompanhar por um ano as modificações da capacidade funcional e cognitiva de idosos institucionalizados. Através de uma amostra composta por 41 idosos, concluíram



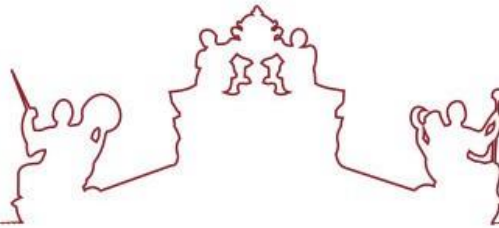
que durante o período de um ano, foi observada a diminuição das capacidades cognitivas e funcionais de idosos institucionalizados. (Oliveira et al., 2019)

Um outro trabalho, que pretendeu verificar a prevalência da depressão e a rede de suporte social, da pessoa idosa institucionalizada, através de uma amostra de 25 pessoas idosas, concluí que 48% apresentava depressão ligeira e 24% depressão grave e relativamente à rede de suporte social, concluíram que a maioria dos participantes, cerca de 56%, tem uma a duas pessoas na sua rede de apoio. As autoras concluem assim uma relação negativa entre a depressão e a satisfação com o suporte social, ou seja, quanto maior a satisfação com o suporte social, menor a pontuação na escala da depressão. (Neto, & Corte-Real, 2013).

No seguimento deste estudo, o suporte social, ou melhor a parte social do indivíduo, ao longo da vida vai sofrendo alterações como aquando da reforma, da perda de um emprego, da viuvez, de um divórcio, problemas de saúde, migração, etc. O suporte e integração sociais sendo uma das componentes fundamentais da qualidade de vida das pessoas idosas, sofre grandes alterações nesta fase da vida, afirmando-se até que antes do óbito da pessoa fisicamente, temos um óbito social pelas razões já faladas (Zaidi, 2014). Esta necessidade de apoio social, quando surge e é responsável pela manutenção de um certo nível de qualidade de vida, frequentemente é dado por pessoas com idades próximas ou até superiores, e ficando estas com a responsabilidade de vigiar, acompanhar e cuidar de outra pessoa idosa. Observando-se até um aumento de pessoas idosas a viverem sozinhas (Lima et al., 2020).

A solidão é outro potencial problema que pode afetar a pessoa idosa institucionalizada. Apoiando-nos numa meta análise de Pinquart e Sorensen (2001), estes concluem que quando se observa uma diminuição da qualidade da rede de suporte social, temos um aumento dos níveis de solidão. Acrescentam também que as pessoas idosas institucionalizadas, em comparação com as que vivem na sua comunidade independentemente, experienciam níveis de solidão maiores.

E isto levanta-nos uma questão central, o ser humano que vive constantemente em interação com os outros, pertencendo a grupos (famílias, amigos, trabalho) ao longo da vida é, portanto, considerado um ser social. Neste sentido qual a real importância das relações sociais e afetivas para a pessoa idosa?



2.3.1 Importância das relações sociais e afetivas para um envelhecimento ativo e saudável

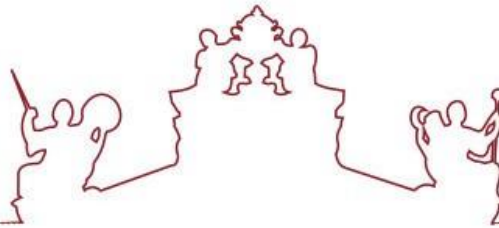
Começamos por definir suporte social com a ajuda de uma abordagem clássica de Sorensen e colaboradores (1983), que o explicam como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que se preocupam connosco nos valorizam e gostam de nós.

O suporte social divide-se em dois tipos de fonte. O suporte social informal, onde incluímos indivíduos como familiares e amigos, e também grupos sociais como associações solidárias e igrejas, e estes são essencialmente responsáveis por prestar apoio a atividades do dia a dia, ligadas ao apoio emocional, informativo, tangível e de pertença. O suporte social formal, ou mais corretamente, as redes de suporte social formal, incluem as organizações sociais formais (Hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, etc.) que se organizam para fornecerem assistência às pessoas que necessitam (Ribeiro, 2011; Paúl, 2005).

Diretamente relacionado com o processo de envelhecimento, a interação entre as pessoas e os efeitos das relações sociais e afetivas têm-se constituído como um dos principais alvos de atenção e estudo por parte dos académicos. Estudos realizados nos Estados Unidos mostram que o suporte social na pessoa idosa se tem mostrado como um fator retardador da deterioração do seu estado de saúde (Bai et al., 2020). Como se nos basearmos em vários estudos que correlacionam o impacto do suporte social na pessoa idosa, identificamos que a falta de relações de suporte aumenta o risco de morte por doença de variada natureza, estando, portanto, o suporte social a ser apontado como um correlacionador positivo com a saúde da pessoa idosa nos países desenvolvidos (Bai et al. 2020. Chung, Jeon & Song, 2016).

Através da inerente interferência de diversos fatores psicossociais relacionados com o envelhecimento social já descritas, como alteração da situação conjugal, a diminuição do contacto com amigos, pela reforma, e diminuições funcionais que impedem a realização de diversas atividades. Outro fato, é o de os constituintes da rede social da pessoa idosa se encontrarem igualmente na velhice, e conseqüentemente, vivenciarem as mesmas dificuldades (Lopes et al., 2021).

De forma a manter uma vida ativa, algumas opções que ajudam os idosos a permanecerem



perfeitamente integrados na sociedade passam por criar interesse por determinados passatempos ou atividades e participar na vida cívica (Lopes et al., 2021). Um exemplo destas atividades é por exemplo a terapia da reminiscência.

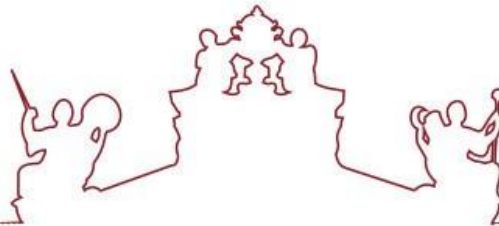
2.3.2 Contributos da terapia da reminiscência para um EAS

A reminiscência, enquanto processo inerente a todos os seres humanos, consiste na recordação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual dor ou prazer. Podendo ou não ser exclusivo de uma etapa específica da vida, sabe-se que se torna progressivamente mais presente à medida que a pessoa envelhece, permitindo de uma forma individual ou interacional, analisar o passado, compreender as mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da auto-imagem (Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005; Puyenbroeck & Maes, 2005).

Foi com Erik Eriksson e a sua teoria do desenvolvimento psicossocial que serviu de base teórica para a ideologia de Robert Butler, o criador da reminiscência enquanto terapia. A teoria de Eriksson é composta por oito fases sendo, o estágio sensorial (dos 0 aos 18 meses), desenvolvimento muscular (18 meses aos 3 anos), controlo locomotor (dos 3 aos 5 anos), período de latência (5 aos 13 anos), Moratória psicossocial (dos 13 aos 21 anos), Maioridade Jovem (dos 21 aos 40 anos), Meia-idade (dos 40 aos 60 anos e por fim a fase de Maturidade (que compreende os anos que vão para além dos 60) (Miller, 2009; Jo & Song, 2015).

Nesta última fase, Erikson descreve que o individuo sente o aproximar do fim da vida, e sabe que já não terá muito pela frente, vendo-se forçado a olhar para trás, percecionando um confronto entre o que fez, ou não e o que foi como pessoa, resultando um sentimento de integridade e satisfação, ou na outra face da moeda, vivencia a amargura e inaceitação do confronto com a morte (Miller, 2009; Jo & Song, 2015). No entanto ao longo do tempo a ideia sobre a reminiscência sempre ficou carregada de más sensações pelo que apenas as pessoas doentes terminais é que costumavam estar associados à mesma.

A ideia da reminiscência, enquanto terapia estruturada para alcançar o ego, surgiu pelo contributo do geriatra e psiquiatra, Robert Butler. Este, introduzindo-a como um processo mental, universal e

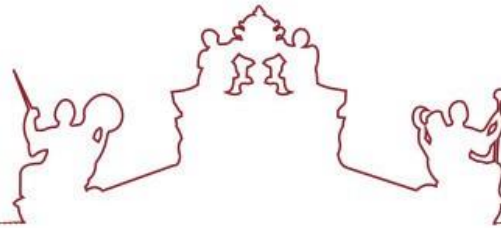


natural, passando a ser considerado como uma característica normal, não só, mas também, no capítulo final da vida (Miller, 2009).

Sendo, por Butler, defendida a ideia do surgimento da reminiscência paralelamente à medida que a pessoa envelhece, pela razão que se prende ao aproximar da morte psicológica e biológica, o objetivo do terapeuta é a orientação do sujeito no processo de recordação, individualmente ou em grupo, através de um conjunto de sessões (Butler, 2002).

Para o pioneiro da utilização das memórias do passado, esta pode ser utilizada como meio de otimizar a adaptação à transição da pessoa idosa para as etapas finais da vida. Transições que de forma a compreendermos o conceito teremos de mergulhar na Teoria de Médio Alcance das Transições, da autoria de Afaf Meleis (Meleis et al., 2010).

Incorporando a teoria de Meleis e sistematizando os conceitos que abordámos até agora construímos um modelo conceptual, abordado no próximo capítulo.



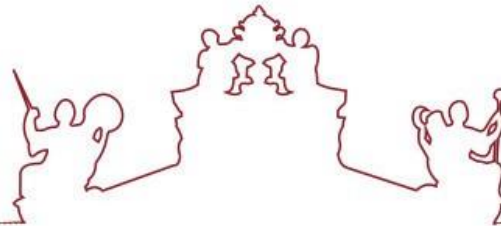
2. Modelo conceptual da intervenção geriátrica

Cabe-nos então conceptualizar o modelo da intervenção geriátrica, com base na evidência científica apresentada, aliada à profissão de enfermagem. Em primeiro lugar é importante esclarecer que defendemos a importância do trabalho interdisciplinar. Não obstante, iniciaremos com uma abordagem teórica com base na teoria das transições de Meleis.

Meleis, enquanto autora de uma teoria de médio alcance, afirma que o foco da Enfermagem são as respostas humanas às transições decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Completando esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis et al., 2010).

Assim, as Transições podem ser entendidas como uma passagem de uma situação estável para outra situação estável, através de um processo caracterizado por diferentes etapas, despoletadas por uma mudança ou evento crítico na vida ou no ambiente do indivíduo. Sendo caracterizado como um fenómeno pessoal, não estruturado em que o decorrer e os resultados da transição estão relacionados com as definições e redefinições do próprio, do seu conhecimento, da situação e da sua envolvimento (Meleis et al., 2010).

Respostas humanas essas que caracterizam a pessoa idosa no decorrer dos processos de transição inerentes à vivência de etapas finais da vida. Pelo que o foco deste modelo é a pessoa idosa, colocada ao centro. Pessoa idosa com mais, do que um diagnóstico médico identificado, fenómeno denominado de multimorbilidade. Esta multimorbilidade que condiciona a pessoa e é uma das principais causas de evidência de níveis de dependência e necessidade de cuidados para realização das suas Atividades de Vida Diária. Se por um lado, é importante inverter esta tendência com a adoção de estilos de vida saudáveis de forma a otimizar a saúde, por outro, é necessário que o modelo de cuidados em quem



já apresenta multimorbilidade se foque na reabilitação de forma a minimizar os danos e potenciar a independência e autonomia.

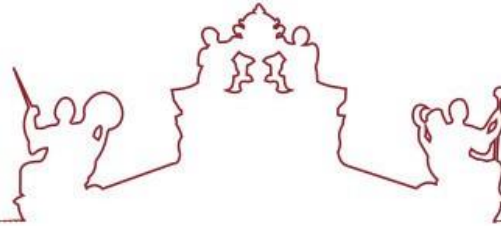
Sabemos que os cuidados às pessoas idosas ao longo da história recaia sobre a família. No entanto a família nuclear tem sofrido alterações profundas ao longo dos tempos, como por exemplo, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, deixando o tradicional cargo doméstico, e com a diminuição da quantidade de filhos que os casais geram. Estes fatores contribuíram para uma diminuição em número e disponibilidade da família para ajudar a pessoa idosa na satisfação das suas atividades de vida.

Esta alteração fez emergir a necessidade de institucionalização em unidades centradas nos cuidados de longa duração, que em Portugal, são responsáveis por tais cuidados instituições essencialmente do setor social e solidário e têm a denominação de Estruturas Residenciais para Idosos (ERPis). O interesse pelos efeitos da institucionalização sobre a população mais prevalente neste tipo de instituições, leia-se, pessoas idosas (Lopes, Fonseca & Pinho, 2021), vem já sendo antigo. Associado a isto efeitos como a falta de promoção de autonomia pela imposição de um cotidiano geral é um exemplo bem esclarecido.

No seguimento e na tentativa de responder a tais efeitos negativos da institucionalização na pessoa idosa, como a falta personalização, e o bloqueio do desenvolvimento de ligações sociais e a manifestação de afetos e a solidão, nota-se a necessidade de seguir os desígnios do Envelhecimento Ativo e Saudável.

Baseando-nos na definição de Envelhecimento Ativo e Saudável, emanada pela OMS, a promoção do EAS está intrinsecamente relacionada com o desenvolvimento e melhoria da capacidade funcional da pessoa. Capacidade funcional essa, que resulta da inerente interação entre o meio que envolve a pessoa e a sua capacidade intrínseca.

A Figura 1 ilustra o modelo que pretendemos demonstrar, ou seja, a pessoa idosa institucionalizada deve estar no centro do sistema, mantendo as relações familiares e estabelecendo novas relações no seio da instituição. Além destas deve interagir com a comunidade, mantendo as atividades que tinha antes da institucionalização, conservando a sua autonomia e capacidades. Pretende-se com estas



interações manter ou aumentar os afetos, o suporte social e a funcionalidade e prevenir o sentimento de solidão. Tudo isto numa perspetiva de envelhecimento ativo e saudável (Figura 1). Foi neste sentido que surgiu a intervenção “Proximidade Geriátrica”, alvo deste estudo.

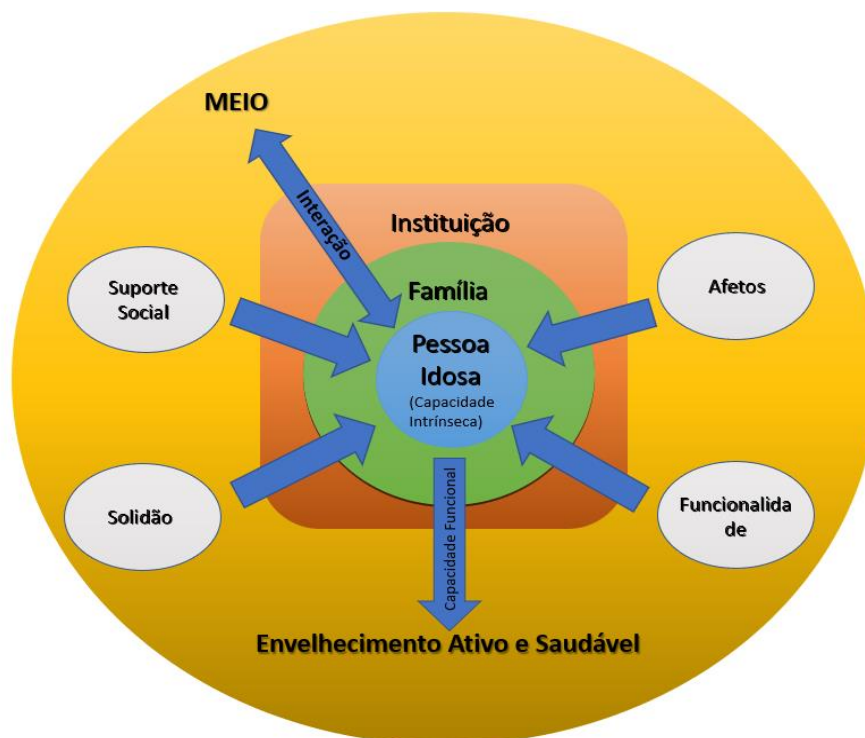
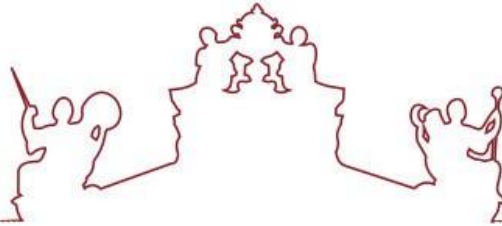


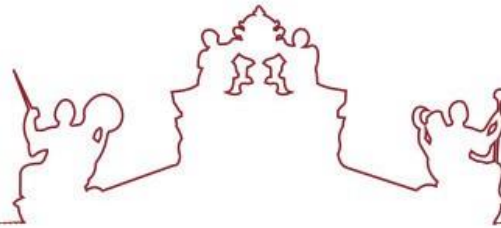
Figura 1 - Modelo de influência da pessoa idosa institucionalizada, para a promoção de um EAS

Seguindo este raciocínio e sabendo que o suporte e interações sociais são um dos componentes fundamentais da qualidade de vida da pessoa idosa, intervenções como as que promovem a proximidade geriátrica, com base em princípios da reminiscência, juntamente com uma aposta na interdisciplinaridade, poderão ser um contributo para melhorar a capacidade funcional, promovendo a sua Autonomia e a capacidade para que possam vivenciar aquilo que mais valorizam, seguindo o comprometimento com a promoção de um envelhecimento Ativo e Saudável.

No sentido de contribuir para este modelo, pretendemos com este estudo de investigação implementar a intervenção “Proximidade Geriátrica”, sabendo, à partida, que este é apenas um rastilho



para uma imensidão de estratégias que é preciso desenvolver e onde os enfermeiros devem ter um papel central.



3. Parte empírica

3.1 Objetivos e metodologia da investigação

3.1.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, quase-experimental, um estudo empírico em que se examina se existe uma relação causal entre as variáveis independentes e dependentes. Ou seja, espera-se que a variável independente cause alguma variação na variável dependente. Os estudos quasi experimentais apresentam vários tipos de design, no entanto o que utilizamos no nosso estudo vai ao encontro Design Pré-teste e Pós-teste. Em que temos dois grupos de amostra, o grupo experimental, que é alvo da intervenção e o grupo de controlo. Realiza-se uma avaliação pré intervenção, e uma pós intervenção, em ambos os grupos, para que se possa averiguar o efeito da intervenção nas variáveis em estudo (Rogers & Révész, 2020).

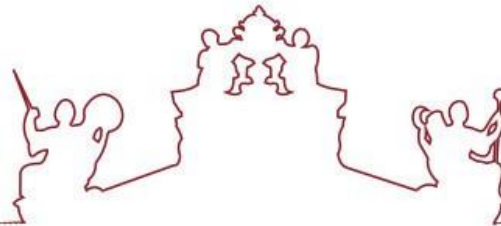
3.1.2 Objetivo

O objetivo deste estudo de investigação foi avaliar o impacto da implementação de uma intervenção de Proximidade Geriátrica na funcionalidade, na satisfação com o suporte social, na experiência afetiva e no sentimento de solidão das pessoas idosas institucionalizadas.

3.1.2 Amostra

A amostra global é constituída por 34 idosos institucionalizados, pertencentes a duas instituições, sendo que os idosos do grupo de experimental (GE) pertencem à instituição A (n=17) e os idosos do Grupo de controlo (GC) pertencem à instituição B (n=17).

O método de amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência, sem critérios de exclusão, podendo participar no estudo qualquer idoso institucionalizado que voluntariamente assim demonstra-se vontade. Apesar de ambas as instituições terem sido escolhidas por conveniência, o



método de seleção da instituição do GC e do GE foi aleatório.

3.1.3 Instrumentos de recolha de dados

Foi aplicado um questionário sociodemográfico para a recolha dos seguintes dados: Idade, sexo, Estado Civil, Nível de escolaridade e principal/ais áreas de Diagnóstico médico.

Foram utilizados quatro instrumentos de avaliação na recolha de dados, que descrevemos seguidamente, todos validados para a população portuguesa.

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

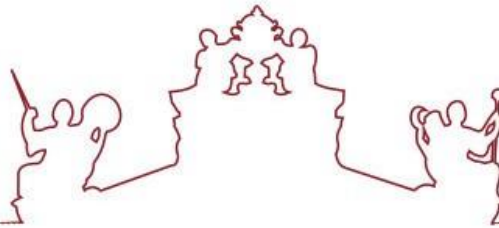
A Escala de satisfação com o suporte social, é uma escala que foi desenvolvida e validada por Pais Ribeiro (1999), com o objetivo de medir a satisfação com o suporte social. É composta por 15 itens, sendo estes afirmações, em que em cada uma se deve assinalar, numa escala de Likert uma de cinco avaliações, “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “Discordo na maior parte” e “discordo totalmente” (Ribeiro, 1999). Esses itens são cotados de 1 a 5, sendo o 1 atribuído ao A e 5 à letra E. A ESSS é constituída por 4 domínios, sendo, satisfação com amigos; intimidade; satisfação com a família e atividades sociais.

No entanto esta escala tem itens invertidos, sendo estes 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15, em que estes itens o valor 1 é atribuído ao E e o valor 5 ao A. A pontuação final da escala varia de 15 a 75 e quanto maior for a pontuação melhor a perceção de suporte social

Elderly Nursing Core Set (ENCS)

O ENCS foi desenvolvido por Fonseca e colaboradores e tem o objetivo de avaliar a funcionalidade dos idosos (Fonseca et al., 2019). Este instrumento é constituído por 25 questões baseadas na classificação internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pontuado numa escala de Likert de 1 a 5. Essas pontuações fornecem um perfil funcional como: 1. Sem deficiência: 0-4%; 2. Incapacidade Leve: 5-24%; 3. Incapacidade moderada: 25-49%; 4. Incapacidade Grave: 50-95%; 5. Incapacidade Total: 96-100%.

O ENCS consiste em quatro domínios que são subdivididos em vários códigos da CIF: autocuidado, aprendizagem e funções mentais, comunicação e relações sociais. Quanto maior a pontuação, pior o perfil funcional do individuo (Fonseca et al., 2019).



Escalas de afeto positivo afeto negativo- versão reduzida (PANAS-VRP)

A terceira escala, a *Escalas de afeto positivo afeto negativo- versão reduzida*, ou *PANAS-VRP*, tem o objetivo de avaliar o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN), definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos.

A PANAS, versão original, foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988), posteriormente foi adaptada e validada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005).

É composta por 10 itens cuja resposta, é realizada segundo uma escala de Likert com 5 pontos (1. Muito pouco ou nada; 2. Pouco; 3. Moderadamente; 4. Bastante; 5. Extremamente). Desses 10 itens, 5 são referentes a afetos negativos e 5 itens relativos a afetos positivos.

Escala da Solidão (UCLA)

A última e quarta escala, Escala da Solidão, UCLA. Esta escala é usada para conhecer o nível de solidão da população, não questionando de forma direta os sentimentos de solidão.

A escala original, a UCLA-Loneliness Scale, foi criada por Russel, Repleu e Ferguson (1978) e posteriormente adaptada e validada para a população portuguesa por Pocinho, Farate (2005).

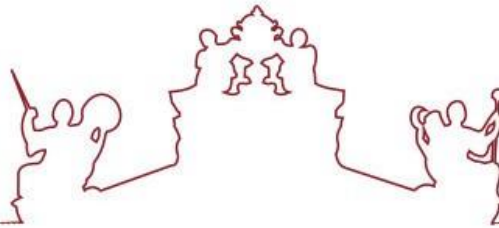
É composta por 18 itens, sendo uma escala de tipo Likert, com 4 pontos, que compreendem uma variação entre “Nunca” - 1, “Raramente” - 2, “Algumas vezes” – 3 até “Muitas vezes” – 4.

A variação de pontuação da escala é entre 18 e 72 sendo que quanto maior o score maior o nível de solidão.

3.1.4 Procedimentos

A fase de recolha de dados iniciou-se a 24 de maio de 2021, com a explicação do estudo aos participantes, assinatura do consentimento informado livre e esclarecido e primeiro momento de avaliação das quatro escalas. A colheita de dados foi realizada presencialmente, na sala de atividades da instituição de forma individual sem mais ninguém no interior, salvaguardando o princípio da confidencialidade e privacidade. Os dados foram registados diretamente na Plataforma MIAPE, através de um tablet.

Logo após este primeiro momento, iniciamos as intervenções de grupo a 28 de maio. Os grupos



foram constituídos por cinco elementos, com um grupo a ser composto por sete elementos. A duração de cada sessão rondou os quarenta e cinco minutos, seguindo as orientações de estudos prévios com resultados positivos, sendo os grupos por sessão compostos por 5 a 7 elementos e a duração rondou os 45 minutos (Hsin-Yen & Li-Jung, 2018).

O segundo momento, e intermédio, realizou-se a 23 de junho e a avaliação final ocorreu a 16 de julho.

A responsabilidade pelas sessões foi sempre do mesmo investigador e da Terapeuta Ocupacional da instituição do GE, que esteve presente em todas as sessões realizando-se no total 10 sessões a cada grupo.

Os temas abordados foram Casamento, União e Filhos; Atividades Festivas: 25 Abril; Vida Profissional Ocupacional; Escola e Juventude; Objetos: Telemóvel; Passeios; Sonhos; Atividades Festivas: Aniversários; Jogos infância, Brinquedos e amigos; Dia marcante.

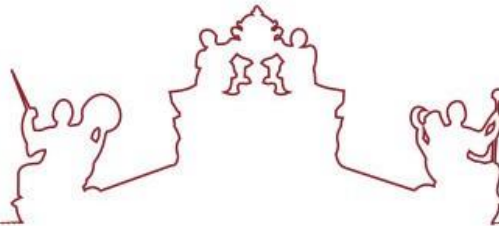
Os temas respetivos de cada sessão foram sempre propostos de uma forma ampla aos participantes, por exemplo "Objetos marcantes", ficando estes responsáveis pela escolha concreta dos mesmos, por exemplo "Telemóvel".

Os materiais utilizados para auxiliar e enriquecer as sessões ficaram condicionados a apenas um tablet (pela restrição de entrada de objetos devido à pandemia), que serviu para registo das sessões, avaliação nos 3 momentos de avaliação e exposição de imagens ilustrativas, como por exemplo no tema em que se abordou as experiências em atividades festivas, concretamente no 25 de abril, foi exibida uma imagem ilustrativa no tablet que auxiliava as sessões.

3.1.5 Análise Estatística

Após a recolha dos dados através dos momentos de avaliação, realizada através da aplicação dos instrumentos que compõe o programa de avaliação, foi construída uma base de dados, no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 24.0. Foram introduzidos os dados e realizada a codificação das variáveis em análise.

Para avaliar a normalidade das variáveis numéricas foi usado o teste de Shapiro-Wilks. Para avaliar



a homogeneidade das variâncias foi usado o teste de Leneve. Para comparar a idade dos utentes por grupo ou por género foi usado o teste t.

Para cada instante de medição, para comparar o valor de cada domínio/escala dos 2 grupos foi usado o teste t, ou o teste de Wilcoxon Mann-Whitney em caso de violação do pressuposto de normalidade. No grupo GE, para comparar os valores dos domínios nos 3 instantes de medição (ignorando a dependência temporal entre medições) foi usado o teste Friedman, uma vez que se verificou que havia violação do pressuposto normalidade dos resíduos da ANOVA de medidas repetidas. Nos casos em que se rejeitou a hipótese nula do teste, foi aplicado o teste de comparações múltiplas Wilcoxon-Nemenyi-McDonald-Thompson (i.e., o teste HSD de Tukey aplicado às ordens).

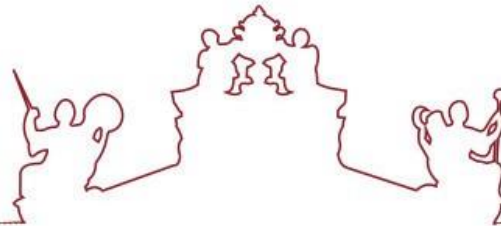
3.1.6 Considerações Éticas

Antes da implementação foi solicitado parecer à comissão de Ética da Universidade de Évora (Parecer nº GD/39009/2020), com autorização concedida a 22/12/2020, notificada pelos serviços académicos.

De seguida foi solicitada autorização para a realização do estudo às direções técnicas das duas instituições participantes, ambas com parecer positivo dos respetivos presidentes.

Os participantes assinaram o consentimento informado livre e esclarecido, tendo também sido informados sobre todos os procedimentos do estudo (Anexo 1), respeitando-se os princípios da confidencialidade e o anonimato.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos inerentes à investigação com humanos, sendo respeitada a declaração de Helsínquia.



4. Resultados

O grupo experimental, GE, foi constituído por 17 indivíduos, com uma média de idades de 80,94 (DP=8,707), na sua maioria do sexo masculino (64,7%), com um estado civil predominante viúvo (64,7%). A maioria dos indivíduos não frequentou o ensino superior, sendo que 47,1% não frequentou a escola (Tabela 1).

O grupo de controlo, GC, foi constituído também por 17 indivíduos, com uma média de idades de 83(DP=7,399), na sua maioria do sexo feminino (64,7%), também com um estado civil predominantemente viúvo (58,8%) e na sua maioria frequentaram a escola (88,2%) (Tabela 1).

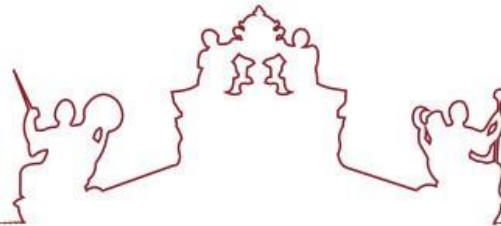
Referir também que a maioria da amostra apresenta mais de uma área de diagnóstico identificada (85,3%) (Tabela 1).

Como no grupo G.C., todos os utentes mantiveram o valor dos domínios/escalas nos vários momentos de medição, não faz sentido aplicar qualquer teste e podemos concluir que a intervenção não teve efeito.

A análise estatística foi feita com o programa R e nas análises considerou-se um nível de significância de 5%.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica

Variáveis	Amostra Total (N) = 34	G.E (n) = 17	G.C (n) = 17
Idade	M=81,97;DP=8,025	M=80,94;DP=8,707	M=83;DP=7,399
- Min-Max	66-97	66-94	68-97
Sexo	34	17	17
- Feminino	17 (50%)	6 (35.3%)	11(64.7%)
- Masculino	17 (50%)	11 (64.7%)	6 (35.3%)
Estado Civil			
- Casado [n (%)]	2 (5,9%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
- Divorciado [n (%)]	3 (8,8%)	3 (17,6%)	0 (0%)
- Solteiro	8 (23,5%)	2 (11,8%)	6 (35,3%)
- Viúvo [n (%)]	21 (61,8%)	11 (64,7%)	10 (58,8%)
Habilitações Literárias			
- Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	8 (23,5%)	8 (47,1%)	



- Frequentou a escola, mas não frequentou o ensino superior	23 (67,6%)	8 (47,1%)	15 (88,2%)
- Frequentou o ensino superior	3 (8,8%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)
Principais áreas de Diagnóstico (ICD10):			
- Neoplasias	3 (8,8%)	1 (5,9%)	2 (11,8%)
- Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	2 (5,9%)	0 (0%)	2 (11,8%)
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1 (2,9%)	1 (5,9%)	0 (0%)
- Transtornos mentais e comportamentais	27 (74,5%)	13 (76,5%)	14 (82,4%)
- Doenças do Sistema nervoso	6 (17,6%)	2 (11,8%)	4 (23,5%)
- Doenças do aparelho circulatório	2 (5,9%)	0 (0%)	2 (11,8%)
- Doenças da pele e tecido subcutâneo	8 (23,5%)	8 (47,1%)	0 (0%)
- Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas	1 (2,9%)	0 (0%)	1 (5,9%)
- Doenças do Sistema Osteo muscular	11 (32,3%)	6 (35,3%)	5 (29,4%)
- Doenças do aparelho geniturinário	5 (14,7%)	4 (23,5%)	1 (5,9%)
	29 (85,3%)	13 (76,5%)	16 (94,1%)
Multimorbilidade (Mais que uma área de diagnóstico)			

Cada grupo tem 17 utentes. O grupo GE tem mais homens (2/3 do total) e o grupo de controlo mais mulheres (2/3 do total) (Figura 1).

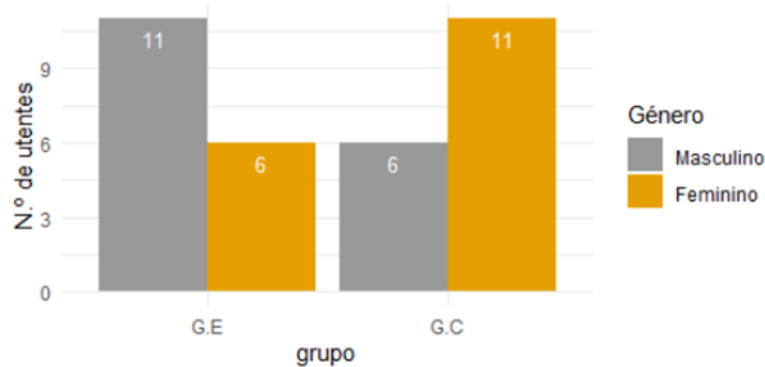
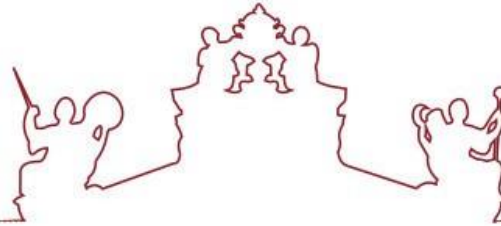


Figura 2 - Género de utentes por Grupo

No grupo GE a idade varia entre os 66 e os 94 anos e no grupo de controlo entre os 68 e os 97 anos (Tabela 2 e Figura 2). A variabilidade das idades é maior no grupo GE do que no grupo de controlo. A idade dos utentes não difere significativamente entre grupos (t-test: p-value= 0.463).

Tabela 1 - Medidas resumo da idade dos utentes por grupo

Medida	GE	GC
Mínimo	66	68
1º quartil	75	80
Mediana	82	83
Média	80.9	83
3º quartil	88	88
Máximo	94	97
Desvio-padrão	8.7	7.4

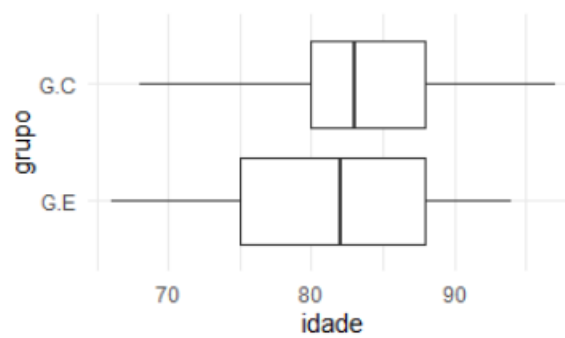


Figura 3 - Idade dos utentes por grupo

A idade dos homens varia entre os 66 e os 94 anos e a das mulheres entre 68 e os 97 anos (Tabela 2 e Figura 3). A variabilidade das idades é maior entre os homens. A idade das mulheres difere significativamente da dos homens (t-test: p-value= 0.022), sendo as mulheres mais velhas.

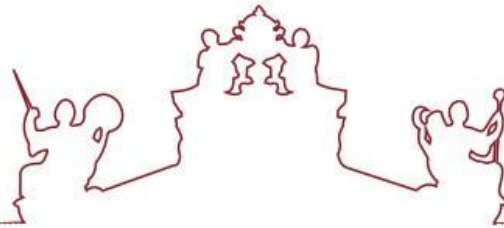


Tabela 2 - Medidas resumo da idade dos utentes por género

Medida	Masculino	Feminino
Mínimo	66	68
1º quartil	72	82
Mediana	78	85
Média	78.9	85.1
3º quartil	83	88
Máximo	94	97
Desvio-padrão	8,3	6,6

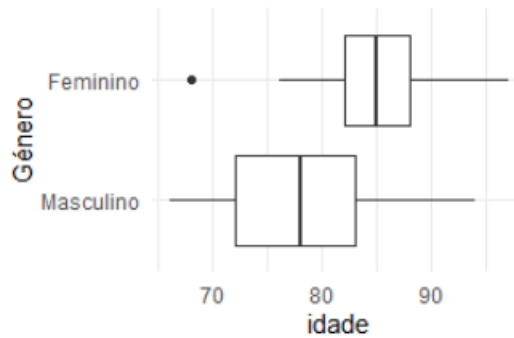


Figura 4 - Idade dos utentes por género

No que respeita às diferentes escalas os utentes do GC não apresentam diferenças entre os 3 instantes de medição, ao passo que nos utentes do grupo GE entre a 1ª e a 3ª medições observa-se uma redução do perfil funcional geral, da escala de solidão e do afeto negativo e um aumento da satisfação com o suporte geral e do afeto positivo (Figura 4, Figura 5, Tabela 4).

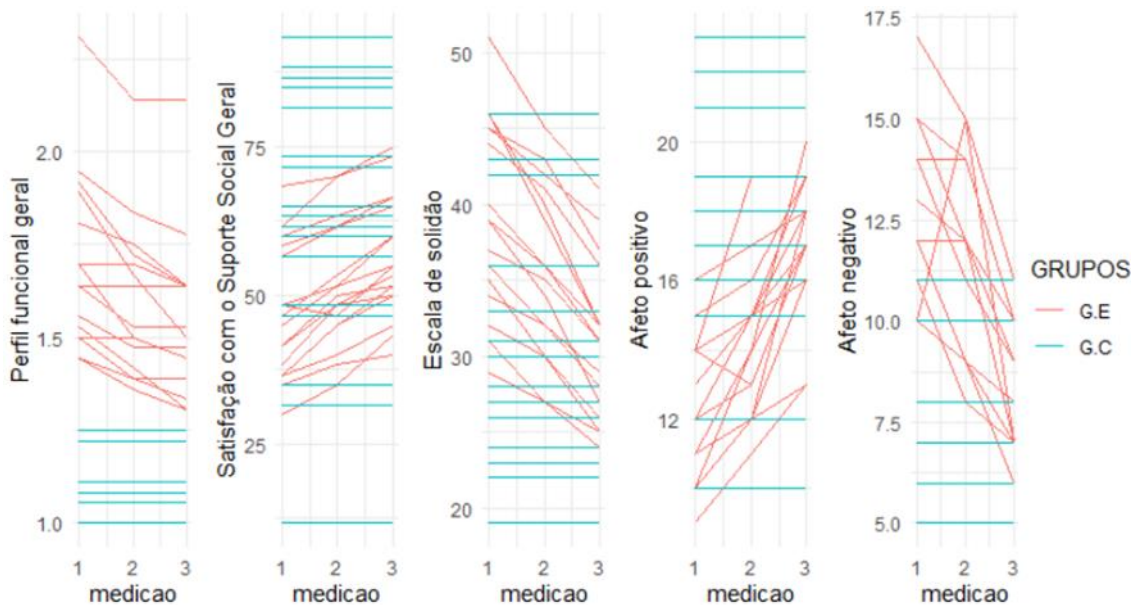


Figura 5 - Evolução de cada medida por utente ao longo dos três momentos de avaliação

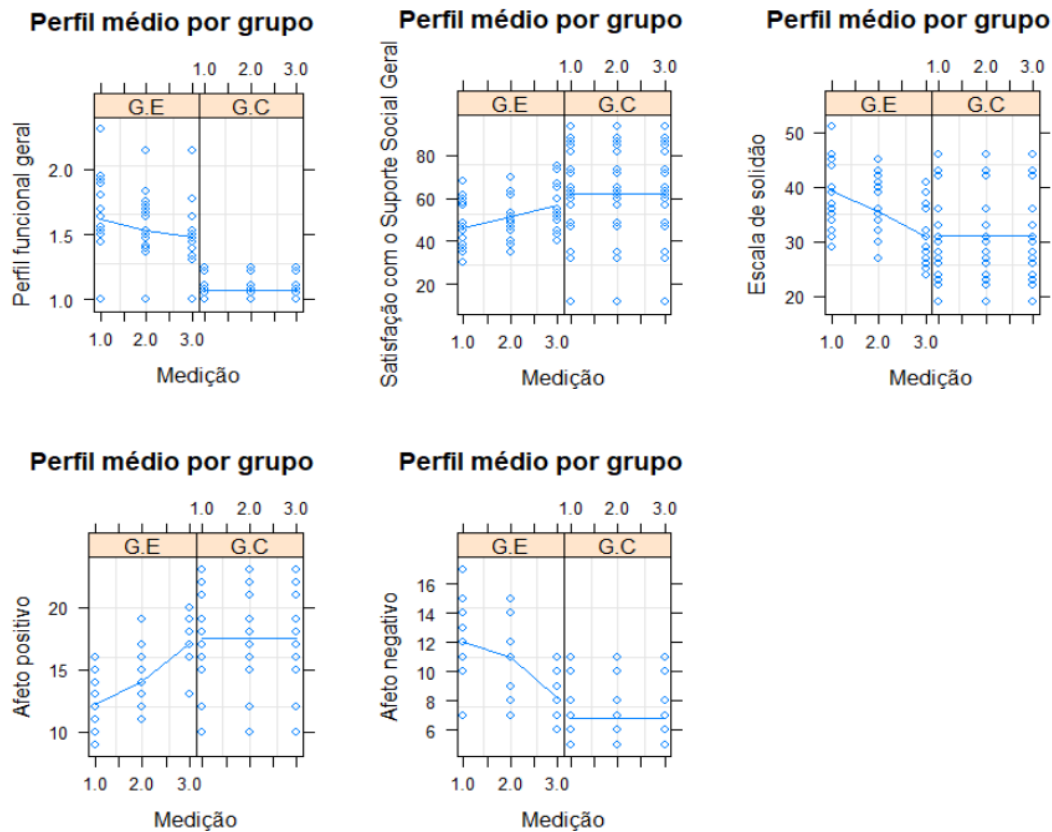
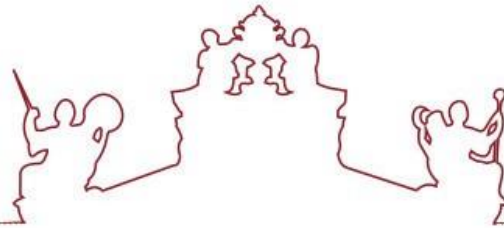
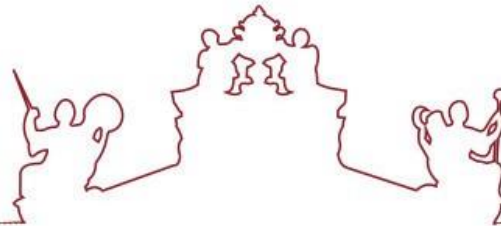


Figura 6 - Evolução de cada medida por grupo ao longo dos três momentos de avaliação e perfil médio dos utentes (linha sólida) por grupo

Tabela 3 - Média \pm desvio-padrão dos domínios/escalas antes (1ª medição), durante (2ª medição) e pós (3ª medição) intervenção, em cada grupo

Domínio/escala	Grupo	1ª medição	2ª medição	3ª medição
Perfil funcional geral	GE	1.62 \pm 0.32	1.53 \pm 0.28	1.48 \pm 0.27
	GC	1.08 \pm 0.07	1.08 \pm 0.07	1.08 \pm 0.07
Satisfação com o suporte social geral	GE	46.47 \pm 11.04	51.76 \pm 10.43	56.57 \pm 10.16
	GC	62.35 \pm 22.45	62.35 \pm 22.45	62.35 \pm 22.45
Escala de solidão	GE	39.29 \pm 6.15	35.59 \pm 5.50	30.94 \pm 5.02
	GC	31.06 \pm 7.64	31.06 \pm 7.64	31.06 \pm 7.64
Afeto positivo	GE	12.18 \pm 1.98	14.06 \pm 2.08	17.06 \pm 1.92
	GC	17.47 \pm 3.41	17.47 \pm 3.41	17.47 \pm 3.41



Afeto negativo	GE	12.00 ± 2.45	11.00 ± 2.47	8.24 ± 1.48
	GC	6.82 ± 1.85	6.82 ± 1.85	6.82 ± 1.85

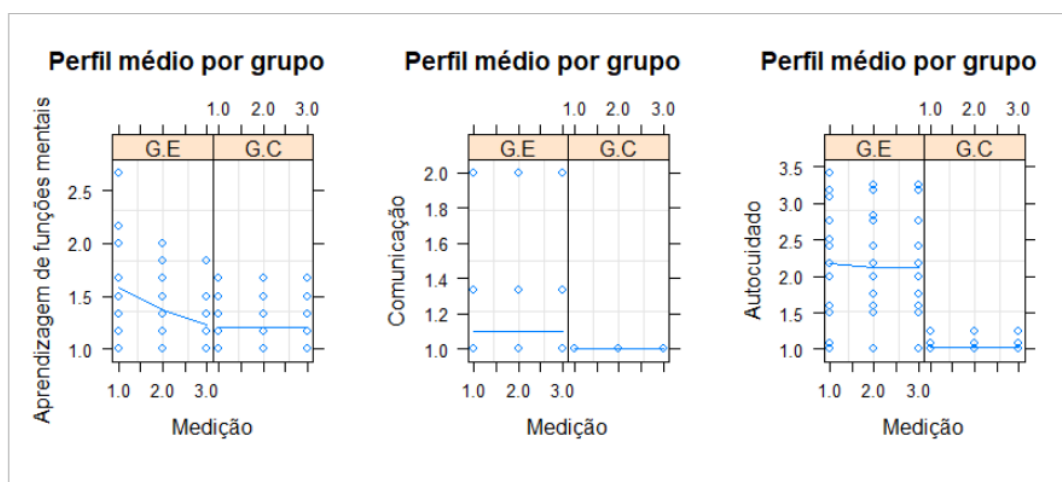
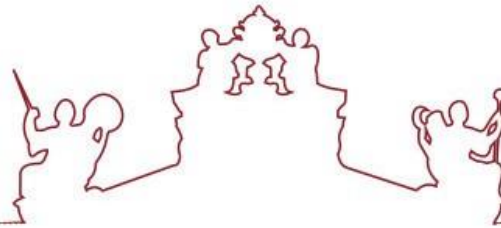


Figura 7 - Evolução de cada medida por grupo ao longo das 3 medições e perfil médio dos utentes (linha sólida) por grupo.

Para avaliar se no grupo GE havia diferença significativa na aprendizagem de funções mentais ao longo das 3 medições foi usada a análise de variância. Como ambos os pressupostos da análise de variância eram violados (homogeneidade das variâncias testado com o teste de Levene, e normalidade testada com o teste de Shapiro-Wilk), foi aplicada a transformação inversa à variável aprendizagem de funções mentais. Esta nova variável verificou os pressupostos sendo possível aplicar a análise de variância a essa nova variável. Posteriormente à análise de variância, foi usado o teste de comparações múltiplas teste HSD de Tukey para identificar os instantes que diferem significativamente entre si. Sendo detetada diferença significativa entre a inversa da aprendizagem de funções mentais ao longo das 3 medições. Recorrendo ao teste HSD de Tukey, detetou-se que a 1ª medição difere significativamente da 3ª medição.

Nas Tabela 5, Tabela 6 e Tabela 7 destacam-se a vermelho as situações em que o teste rejeitou a hipótese de normalidade da distribuição (Tabela 5), a igualdade das variâncias dos domínios/escalas nos dois grupos (Tabela 6), e a igualdade entre as médias (teste t) ou das medianas (teste Wilcoxon



Mann-Whitney) dos dois grupos (Tabela 7), em cada medição.

Há diferença significativa no valor de partida (1ª medição) dos utentes do grupo experimental e dos utentes do grupo de controlo em todos os domínios/escalas (todos os $p < 0.005$; Tabela 6). Na 2ª medição já não é detetada diferença significativa entre os dois grupos na satisfação com o suporte geral nem na escala de solidão (ambos os $p > 0.005$; Tabela 6). Na 3ª medição, apenas se mantém a diferença significativa no perfil funcional geral e no afeto negativo (ambos os $p < 0.05$; Tabela 6).

Tabela 4 - P-value do teste de Shapiro-Wilks de cada escala por medição e grupo

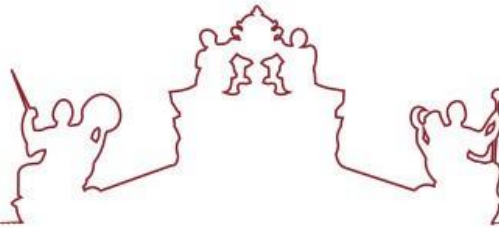
Domínio/escala	Grupo	1ª medição	2ª medição	3ª medição
Perfil funcional geral	GE	0.367	0.449	0.326
	GC	0.004	0.004	0.004
Satisfação com o suporte social geral	GE	0.327	0.425	0.692
	GC	0.530	0.530	0.530
Escala de solidão	GE	0.779	0.685	0.345
	GC	0.644	0.644	0.644
Afeto positivo	GE	0.655	0.310	0.074
	GC	0.432	0.432	0.432
Afeto negativo	GE	0.663	0.202	0.037
	GC	0.020	0.020	0.020

Tabela 5 - P-value do teste de Levene de cada escala por medição

Domínio/escala	1ª medição	2ª medição	3ª medição
Perfil funcional geral	0.002	0.003	0.004
Satisfação com o suporte social geral	0.030	0.018	0.017
Escala de solidão	0.516	0.312	0.154
Afeto positivo	0.168	0.179	0.094
Afeto negativo	0.362	0.218	0.570

Tabela 6 - P-value do teste t, ou Wilcoxon Mann-Whitney, que compara o valor da medição dos 2 grupos

Domínio/escala	1ª medição	2ª medição	3ª medição
Perfil funcional geral	<0.001	<0.001	<0.001
Satisfação com o suporte social geral	0.015	0.091	0.344
Escala de solidão	0.002	0.057	0.958



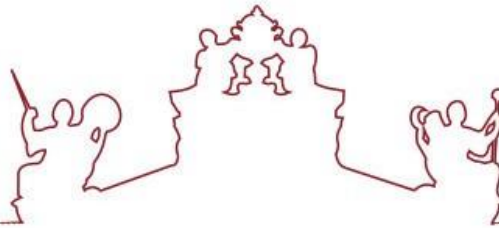
5. Discussão

Com este estudo de investigação pretendeu-se avaliar o impacto da implementação de uma intervenção de Proximidade Geriátrica na funcionalidade, na satisfação com o suporte social, na experiência afetiva e no sentimento de solidão das pessoas idosas institucionalizadas.

Começamos por analisar os dados sociodemográficos e clínicos da amostra. A média de idades, dos participantes do estudo, (81,97 (DP=8,025)), é semelhante a estudos que caracterizaram a população residente em ERPI em Portugal (Arco et al, 2021, Fonseca et al, 2021, Lopes et al, 2021). Acrescentar também que os indivíduos mais velhos da amostra são mulheres, algo que vai ao encontro de estudos recentes que justificam o fenómeno de “feminização da velhice”. Entenda-se por “Feminização da velhice” o resultado da desigualdade entre os sexos que existe relativamente à expectativa de vida, observando-se um maior número de mulheres em idade avançada em comparação aos homens (Lopes et al., 2021; WHO, 2019).

De relevar a prevalência de multimorbilidade presente na amostra, 85,3% da amostra total do estudo apresenta mais de uma área de diagnóstico médico identificado (Tabela 1). Dado que também vai ao encontro de estudos que caracterizam a população residente em ERPI, como uma população caracterizada pela multimorbilidade (Lopes et al., 2021). Explicamos, também estes dados com base num estudo de Prazeres & Santiago (2020), que associam a multimorbilidade a fatores como o estado civil de viúvo, dado que na amostra do nosso estudo 61,8% dos indivíduos possuem esse estado civil, sendo o mais preponderante.

Importa refletir sobre esta elevada taxa de multimorbilidade na pessoa idosa. A OMS, preocupada com a adequação dos cuidados de longa duração ao envelhecimento da população, definiu em 2012 como intervenções prioritárias a prevenção de quedas, a promoção da atividade física, a vacinação da gripe e a prevenção de infeções em contexto de cuidados de saúde. Acrescenta ainda a importância

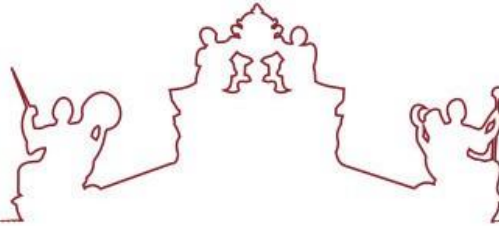


de escolaridade.

Conclusão que merece também alguma reflexão. Percebendo a população que compõe o nosso GE, ou seja, idosos com baixo nível de escolaridade, podemos tentar extrapolar para a nossa população idosa portuguesa, no que respeita à associação escolaridade e perfil funcional geral. De acordo com números da PORDATA, que mostram quantas pessoas, em idade ativa (15-65 anos) e idosa (65 ou mais anos), há sem instrução em 2020, mostra-nos que em idade ativa tínhamos cerca de 19% das pessoas sem instrução contrastando com 81%, quando falamos de indivíduos com mais de 65 anos de idade (PORDATA, 2021). Indo ao encontro de literatura que nos diz que maiores níveis de escolaridade estão relacionados com uma melhor saúde mental e física (Lopes et al., 2021), coloca-se então uma questão, serão os idosos do futuro menos dependentes dado que terão maior nível de instrução? Este fator por si só será suficiente para diminuir o nível de dependência? Questões que merecem reflexão aliadas a todos os outros fatores de mudança na sociedade.

Uma das explicações que encontramos prende-se com o contexto português da primeira metade do século passado. Onde observamos uma dificuldade socioeconómica generalizada, que obrigava à entrada no mundo do trabalho ainda na infância por parte de muitas crianças da altura (pessoas idosas de hoje), retirando a oportunidade para a comparência na escola. Esse baixo estatuto socioeconómico, que em muitos casos se perpetuava ao longo da vida, combinado com uma baixa literacia influencia os estilos de vida de todo o ciclo de vida. Um estilo de vida que quando saudável tem benefícios físicos, psicológicos, cognitivos e de interação social, que acabam por influenciar positivamente a funcionalidade e por consequência, o autocuidado (Lopes et al., 2021).

De acordo com os nossos resultados o GE apresenta níveis de solidão, satisfação perante o suporte social e prevalência de afetos negativos piores em relação ao GC, no primeiro momento de avaliação antes de qualquer intervenção. Como já vimos o sentimento de perda social, é algo comum nas pessoas idosas e que impacta a sua qualidade de vida. Eventos como a reforma, a inibição de conduzir, morte do companheiro/a ou de amigos próximos e a mudança para Estabelecimentos Residenciais para Idosos, tem um impacto negativo na rede de suporte social das pessoas idosas (Winningham & Pike, 2007). No entanto, o GC, é constituído por uma amostra de indivíduos com uma escolaridade maior



Autocuidado não obtivemos uma verdadeira melhoria. Facto que merece também reflexão.

Mostramos aqui que não chega apenas uma intervenção, no caso promotora da proximidade junto da pessoa idosa e baseada em princípios da terapia da reminiscência, para que se obtenha uma real melhoria no Autocuidado, mas sim toda uma reformulação dos cuidados à pessoa idosa institucionalizada.

Baseando nos na Tríade de Donabedian (1980), começando pela dimensão Estrutural dos cuidados, e incidindo sobre um ponto já abordado anteriormente neste capítulo, do alerta a emitir aos legisladores acerca do rácio Enfermeiro/Doente nas ERPIs Portuguesas, pela competência dos mesmos no diagnóstico da dependência e da promoção do Autocuidado. Em relação à Dimensão do Processo, os nossos dados mostram que apenas uma intervenção pontual do enfermeiro (neste caso 90 minutos por semana), não é suficiente para a melhoria do autocuidado. Fica por perceber o benefício, na promoção do Autocuidado, na atuação integrada e interdisciplinar, como também a inclusão da família na própria prestação de cuidados, visto que neste período de pandemia a família esteve completamente afastada das instituições e dos seus familiares institucionalizados. Por fim na Dimensão dos Resultados, a implementação da avaliação da funcionalidade, com a utilização de escalas como a *ENCS*, para avaliação dos cuidados no que ao objetivo principal de promoção do Autocuidado diz respeito (Donabedian, 1980).

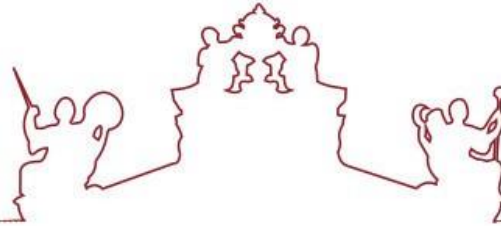
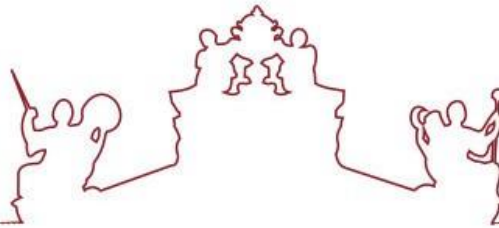


Figura 8 - Triáde (Estrutura-Processo-Resultados) promotoras do Autocuidado (DONABEDIAN, 1980).

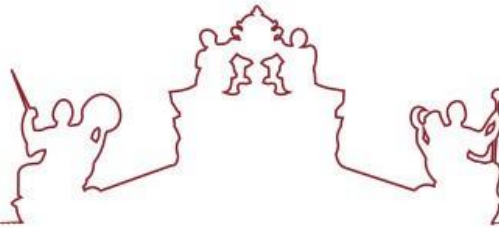
As melhorias identificadas no GE em relação à satisfação perante o suporte social, através da utilização da *ESSS*, concretamente a melhoria nas subescalas, satisfação com amigos e atividades sociais, pode estar relacionada com uma maior interação entre o grupo de utentes na realização da intervenção, bem como com a própria intervenção que se pode considerar ser uma atividade social, pela partilha e interação existente no grupo. Estudos apontam no mesmo sentido referindo que perceção de suporte social dos participantes de que estão a realizar uma atividade social em grupo com uma dada frequência aumenta (Pinquart & Sorensen, 2001; Ribeiro, 1999). Além disso, estes resultados são coerentes com o facto de a partilha de histórias de vida ajudar a construir amizades e a estimular a coesão do grupo de forma a atingir o conforto psicológico na transição que vivenciam (Meleis et al., 2010; Y. Ching-teng et al., 2018). Outros estudos como de G. Winningham & N. Pike (2007) mostram que as pessoas idosas institucionalizadas beneficiam da participação em programas com o objetivo de aumentar o nível de suporte social e a frequência de interações sociais com significado. O suporte social associa-se assim a um melhor funcionamento cognitivo, diminuição de



sintomas depressivos, e até ao aumento quantitativamente e qualitativamente da rede de suporte social (Winningham & Pike, 2007).

Os nossos dados mostram também uma melhoria no que à experiência afetiva diz respeito. No GE observamos uma diminuição da experiencição de afetos negativos e um aumento da experiência de afetos positivos ao logo do período de implementação da intervenção. Já vimos que uma rede pobre de suporte social leva a experiencição de sentimentos depressivos que vão exacerbar ainda mais as dificuldades de interação por parte das pessoas idosas levando a consequências de saúde física e mental. Associando a depressão aos afetos negativos, enquanto a doença dos afetos, os nossos dados, apoiados por outros estudos como os de S.M. Syed Elias et al. 2015, mostram que este tipo de intervenções, são bem-sucedidas na melhoria de sentimentos depressivos. No início os participantes foram passivamente partilhando as suas experiências de vida, e ao longo das sessões foi se desenvolvendo gradualmente uma coesão interna que permitiu que os mesmos fossem ativamente partilhando as suas reminiscências e identificando significado naquela atividade social (Chiang et al, 2009). Estudos como de Yao Ching-Teng de 2018, que testaram a efetividade de um programa de terapia da reminiscência na satisfação de vida em idosos institucionalizados em instituições de longa duração obtiveram resultados positivos na satisfação com a vida, mas também ao nível da manutenção da habilidade cognitiva, interação interpessoal e humor, associado aos sentimentos positivos que a reminiscência provocou nos idosos participantes no estudo.

A última dimensão a focar é a solidão. Relativamente ao sentimento de solidão, através da utilização da *UCLA*, constatamos que o mesmo diminui no GE. Ao longo do tempo de implementação da intervenção fomos identificando uma diminuição do sentimento de solidão. Quando uma pessoa idosa transita da sua casa para uma instituição, essa pessoa pode experienciar um sentimento de solidão maior do que aquela que se encontra em casa ou até em regime de Centro de Dia (Lopes et al., 2021). Um dos estudos que teve como objetivo analisar os efeitos da terapia de reminiscência no sentimento de solidão e dos idosos institucionalizados, que utilizou um programa parecido ao presente estudo, com sessões 1 a 3 vezes por semana, com a duração entre 45 minutos e 1 hora, concluiu que houve



Conclusão

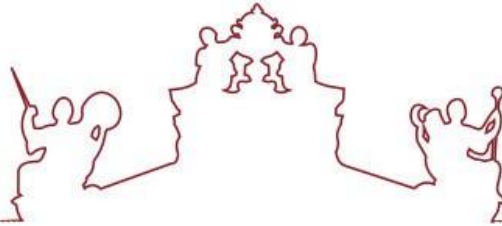
O objetivo deste estudo foi perceber o impacto de uma intervenção grupal baseada em princípios da terapia da reminiscência, na funcionalidade, na satisfação com o suporte social, na experiência afetiva e na solidão.

No que à funcionalidade diz respeito, o perfil funcional geral do GE, grupo sujeito à intervenção, apresentou melhoria na dimensão aprendizagem e funções mentais ao longo da implementação, domínio que está associado à cognição. No entanto, não se observam melhorias nos domínios autocuidado e comunicação. Ora, entendemos que para que haja uma efetiva melhoria nestes domínios, não basta aplicar um programa de intervenção, sendo necessário um conjunto de mudanças ao nível do processo e estrutura das instituições, através da implementação de um modelo de cuidados integrado. Claro está que este modelo carece de um reforço de recursos humanos especializados tais são as exigências atuais em termos de cuidados de saúde dos idosos institucionalizados.

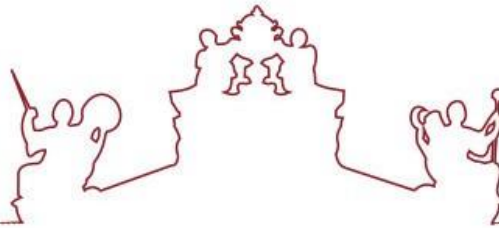
Em relação à melhoria observada na satisfação com os amigos e com as atividades sociais, constata-se que a interação do grupo associada à própria intervenção de partilha de memórias cria um ambiente propício à socialização. A frequência dessa mesma atividade permite que a interação e a confiança do grupo vão gradualmente aumentando. Esta coesão, amizade e sentimento de aceitação vão ao encontro da melhoria da experiência afetiva e do sentimento de solidão que também melhoram com a intervenção.

Assim, houve uma também uma diminuição do sentimento de solidão e uma melhoria dos afetos, dado que houve uma interação entre utentes e com os profissionais e uma partilha de memórias, atribuindo significados, sentindo-se compreendidas, diminuindo sentimentos afetivos negativos, como nervosismo ou sentimento de culpa, muitas vezes associado à depressão.

Através da análise da revisão da literatura cruzada com os resultados desta investigação parece-

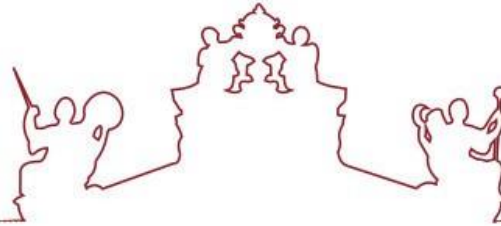


Em segundo lugar propomos dois focos de investigação futura. O primeiro centrado na tentativa de perceber o efeito a longo prazo da intervenção e se a própria instituição manteve o planeamento e implementação da mesma, aplicando as mesmas escalas numa tentativa de Follow up. Em segundo lugar propomos que a implementação da intervenção “Proximidade Geriátrica” seja realizada como complemento a um modelo de cuidados mais alargado, com mudanças estruturais e processuais das instituições.

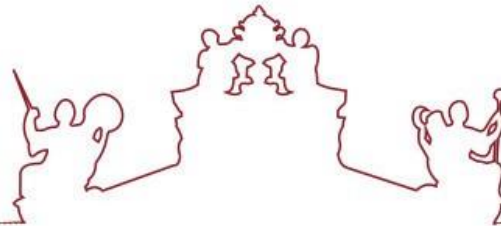


Referências bibliográficas

- Abalo, E. M., Mensah, C. M., Agyemang-Duah, W., Peprah, P., Budu, H. I., Gyasi, R. M., Donkor, P. & Amoako, J. (2018a). Geographical Differences in Perceived Health Status Among Older Adults in Ghana: Do Gender and Educational Status Matter? *Gerontology and Geriatric Medicine*, 4, 233372141879666. <https://doi.org/10.1177/2333721418796663>
- Aoki, T., Yamamoto, Y., Ikenoue, T., Urushibara-Miyachi, Y., Kise, M., Fujinuma, Y., Fukubara, S. (2018) Social Isolation and Patient Experience in Older Adults. *Ann Fam Med* 2018;16:393-398. <https://doi.org/10.1370/afm.2257>
- Arco H., Pedro A., Pinho L., Proença A. (2021). Aging and Functionality of the Institutionalized Elderly People of Alto Alentejo: Contributions to the Diagnosis of the Situation. In *Gerontechnology III: Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology, IWOG 2020*, October 5–6, 2020, Évora, Portugal (p. 253). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_24
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 302-304
- Bruno Morgado; César Fonseca; Manuel Lopes; Lara Pinho. (2021) "Components of Care Models that Influence Functionality in People Over 65 in the Context of Long-Term Care: Integrative Literature Review". 324-335. Springer International Publishing, 2021. 10.1007/978-3-030-72567-9_30
- Butler, R. N. (2002). Age, death and Life Review. *Living with Grief: Loss in later life*. Obtained online on September, 5th, 2006, at www.hospicefoundation.org
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging and Mental Health*, 9 (4), 295-301.
- César Fonseca, Lara Guedes de Pinho, Manuel José Lopes, Maria do Céu Marques and José Garcia-Alonso. (2021). The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults: a cross-sectional study. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>. *BMC Nursing*
- Chiang et al. (2009) The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and

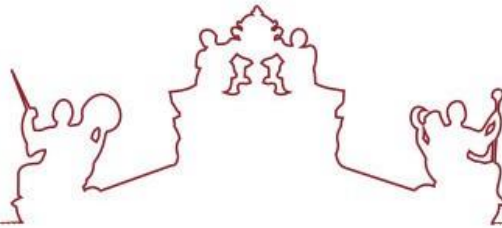


- loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 380–388.
- Chiang, K. J., Chu, H., Chang, H. J., Chung, M. H., Chen, C. H., Chiou, H. Y., & Chou, K. R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological Well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 25(4), 380–388.
- Chung, S.; Jeon, H.; Song, A. (2016) The influence of social networks and social support on health among older Koreans at high risk of depression. *Care Manag. J.* 2016, 17, 70–80.
- Coutinho, A. T. de Q., Vilela, M. B. R., Lima, M. L. L. T. de, & Silva, V. de L. (2018). Social communication and functional independence of the elderly in a community assisted by the family health strategy. *Revista CEFAC*, 20(3), 363–373. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820313417>
- Donabedian, A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- E.Satorres; P.Viguer; F.B.Fortuna; J.C.Meléndez. (2017). Effectiveness of instrumental reminiscence intervention on improving coping in healthy older adults. *Stress and Health*. 2018;34:227–234. DOI: 10.1002/smi.2776
- Eurostat. (2020). Healthy life years statistics—Statistics Explained. [Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Healthy_life_years_at_age_65)
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras, Edições Celta
- Fernández-ballesteros, R. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ferreira, F.A. G. (1990) - *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. M., & Paúl, M. C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e passagem à reforma. *Psicologia, Saúde e Foenças*, (1), 17-29.
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric Properties of the Elderly Nursing Core Set. In José García-Alonso; César Fonseca (Ed.), *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science* (Springer, pp. 143–153). https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- H. JO AND E. SONG (2015) The Effect of Reminiscence Therapy on Depression, Quality of Life, Ego-Integrity, Social Behavior Function, and Activies of Daily Living in Elderly Patients With Mild Dementia. *Educational Gerontology*, 41: 1–13, 2015. ISSN: 0360-1277 print / 1521-0472 online DOI: 10.1080/03601277.2014.899830
- Hsin-Yen Yen & Li-Jung Lin. (2018). A Systematic Review of Reminiscence Therapy for Older Adults in Taiwan. *The Journal of Nursing Research* h VOL. 26, NO. 2, APRIL 2018
- Kai-Jo Chiang et al. (2009). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25:



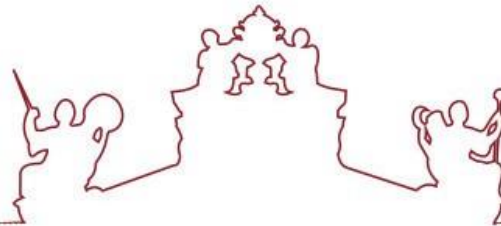
380–388.

- Lieberman, M. A. (1969) - Institutionalization of the Aged: Effects of Behaviour. *Journal of Gerontology*, 24.
- Lima, S. Esteves, R. Teixeira, L. Ribeiro, F. Magalhães, C. (2020) Perfil de saúde dos idosos: Importância do suporte social e da Funcionalidade. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde
- Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L. (2021). Modelo de cuidados integrados à pessoa idosa em contexto de "resposta social". In: M. Lopes. *Desafios de Inovação em Saúde: Repensar os Modelos de Cuidados*. (pp. 100-131). Imprensa da Universidade de Évora.
- Lopes, M.J.; Pinho, L.G.; Fonseca, C.; Goes, M.; Oliveira, H.; Garcia-Alonso, J.; Afonso, A. (2021). Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>
- Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. (2011) Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011 Sep;10(4):430–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003> PMID: 21402176
- Meleis AI. (2010) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Miller, M. (2009) What is reminiscence therapy. *Harv Ment Health Lett.* 2009 Apr;25(10):8.
- Ministério do trabalho e da solidariedade social (2009). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos*. Lisboa
- Murilo, O. Konzen, V. Fleig, T. Signori, U. (2019) Impacto sobre a capacidade funcional e cognitiva em idosos após um ano de institucionalização. *Fisioterapia Brasil* 2019;20(2):139-146. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i2.2792>
- Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A Pessoa idosa institucionalizada: Depressão e suporte social. *Journal of Aging and Inovation*, 2.
- Oliveira, C, R, & Gomes, N (Coord.). (2018). *Migrações e Saúde em números: o caso português*, Lisboa: Republica Portuguesa.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Envelhecimento e família: conflitos e solidariedade. Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto.* v.15.
- Paúl, C. (1997) - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pinquart M, Sorensen S. (2001) How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination (UK)
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic*

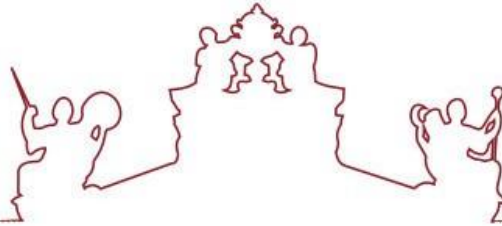


and Applied Social Psychology, 23, 245–266.

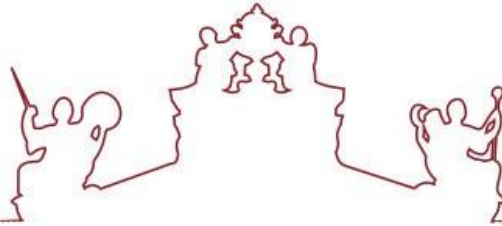
- PORDATA. (2020) Taxa de fecundidade geral – Quantos filhos existem em cada 1000 mulheres em idade fértil. Acesso a 11 de janeiro de 2021 através de <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>
- PORDATA. (2015) Dimensão média das famílias segundo os Censos - Quantas pessoas compõem, em média, cada família? Acesso a 11 de Janeiro de 2021 através de <https://www.pordata.pt/Portugal/Dimens%C3%A3o+m%C3%A9dia+das+fam%C3%ADlias+segundo+os+Censos+-+908>
- Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 5(9), e009287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287>
- Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: An exploratory study. *British Journal of Developmental Disabilities*, 51 (1), 3-16.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). *O Sentido das Idades da Vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Universidade Lusitana
- R. G. Winningham & N. L. Pike. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*, November 2007; 11(6): 716–721
- Ribeiro, P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558
- Rogers, J; Révész, A; (2020) Experimental and quasi-experimental designs. In: McKinley, J and Rose, H, (eds.) *The Routledge Handbook of Research Methods in Applied Linguistics*. (pp. 133-143). Routledge: London, UK.
- Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30–37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Safak, E. D., Kizilcay, H. D., Arguvanli, S., Mazicioglu, M. M., Mucuk, S., Ozturk, A., Gocer, S., Kiris, Y., & Akin, S. (2019). The Relationship Between Daily Living Activities and Cognitive Function in the Elderly: Cross-Sectional Study. *Yaşlılarda Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bilişsel Fonksiyon İlişkisi: Kesitsel Çalışma.*, 11(1), 30–35.
- Santiago, L. M., Prazeres, F., Boto, T., Maurício, K., Rosendo, I., & Simões, J. (2020). Multimorbidity daily life activities and socio-economic classification in the Central Portugal primary health care setting: an observational study. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22(1), 54–58. <https://doi.org/10.5114/fmPCR.2020.92506>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social
- Sharifah Munirah Syed Elias; Theresa Scott. (2015) The effectiveness of group reminiscence therapy for loneliness, anxiety and depression in older adults in long-term care: A systematic review. *Geriatric Nursing* 36 (2015) 372e380. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.05.004>

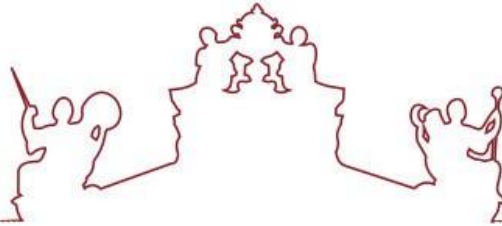


- Simões J et al. (2017). Portugal: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 19(2): 1–184.
- Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. (2012) Ageing, genes, environment, and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292 support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 127-139.
- Teresa Lopes, Rosa Afonso, Óscar Ribeiro, Henrique Quelhas, Dora de Almeida. (2016) "impacto de um programa de reminiscência com pessoas idosas: estudo de caso". *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*, 2016, 17(2), 189-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170207>
- Wang, J. J. (2007). Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1235Y1240. doi:10.1002/gps.1821
- Wang, J. J., Hsu, Y. C., & Cheng, S. F. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 31Y36. doi:10.
- World Health Organization. (2018). Health System Review: PORTUGAL (Phase 1 Final Report). https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport_Printers_03April2018-2.pdf
- World Health Organization (2015). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Geneva.
- Yao Ching-Teng, Lin Chia-Ju & Liu Hsiu-Yueh (2018) Effects of structured group reminiscence therapy on the life satisfaction of institutionalized older adults in Taiwan, *Social Work in Health Care*, 57:8, 674-687, DOI: 10.1080/00981389.2018.1475439
- Young Y, Frick KD, Phelan EA. (2009) Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *J Am Med Dir Assoc*. 2009 Feb;10(2):87–92. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003> PMID: 19187875
- Yunli Bai , Fang Bian, Linxiu Zhang, Yueming Cao. (2020) The Impact of Social Support on the Health of the Rural Elderly in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 2004; doi:10.3390/ijerph17062004
- Zaidi, A. (2014). Life cycle transitions and and vulnerabilities in old age: a review. New York.

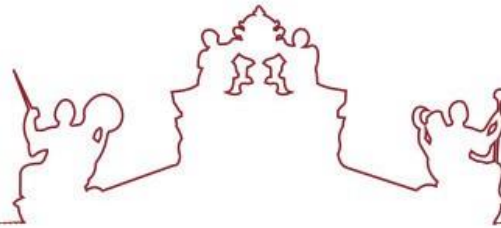


Anexos





Anexo 1 – Consentimento informado



Apêndice 1: Consentimento Informado



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA

O presente estudo de investigação está a ser realizado no âmbito do Mestrado de Estudos em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora pelo investigador Bruno Morgado, estando relacionado com a aplicação de uma intervenção de Proximidade junto da população idosa institucionalizada.

Objetivo da investigação

Nesta investigação pretende-se avaliar o impacto da implementação de uma intervenção de Proximidade Geriátrica na Funcionalidade; na satisfação em relação ao suporte social e na experiência afetiva das pessoas idosas institucionalizadas; e na descrição da experiência afetiva dos indivíduos na diminuição de sentimentos de solidão.

Procedimentos

Depois de ser obtida a aprovação por parte da comissão de ética e direção da instituição, será selecionada a amostra, com a ajuda da equipa multidisciplinar da mesma, e obtido o consentimento informado dos participantes, ou do seu representante legal.

Os participantes serão informados acerca dos objetivos e da dinâmica de funcionamento das sessões, esclarecendo dúvidas, e iniciando a colheita de dados com a aplicação dos instrumentos de avaliação, de forma individual, em gabinete privado, que permita a confidencialidade dos dados.

A Família será também convidada a participar, através de convite por contacto telefónico, presencialmente caso as condições o permitam ou via online em caso contrário. Após ser constituído o grupo, dar-se-á início à Intervenção Geriátrica. Intervenção que terá a duração de sessenta minutos com uma periodicidade de duas vezes por semana. Serão influenciadas por temas centrais distintos, e que envolverá a participação em atividades diferentes consoante o tema alvo da sessão. Sempre baseadas no princípio fundamental que implica o reviver de memórias passadas e o fortalecimento das relações interpessoais. Tentando sempre controlar possíveis memórias ou comportamentos emotivos negativos no intuito de preservar o bem-estar e a segurança dos participantes.

A Intervenção Geriátrica será orientada por um enfermeiro e outro membro da equipa multidisciplinar da ERPI, que receberá formação prévia acerca do estudo. Serão também aplicados os instrumentos de avaliação durante o estudo.

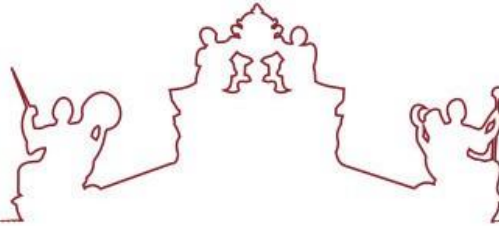
No final do estudo de dois meses, serão aplicados os instrumentos de avaliação ao grupo, de forma individual.

Duração da participação

Haverá uma avaliação no início do projeto, seguido de uma avaliação de acompanhamento que terá uma periodicidade de 15 dias em 15 dias, durante 8 semanas. Terminando com uma avaliação no final do estudo.

Riscos para o participante

O estudo apresenta uma relação risco-benefício positiva.



Benefícios para o participante

A Participação permitirá a contribuição para a criação de uma intervenção junto de idosos institucionalizados, de maneira a promover a proximidade junto destes, e destes junto da família e amigos.

Custos para o participante

A maioria dos participantes não terá qualquer custo com a participação neste estudo, pois será realizado a utentes que vivam nas instituições, que estejam internados no momento do estudo.

Confidencialidade

A informação fornecida ou quaisquer dados recolhidos serão mantidos em confidencialidade e não serão associados a qualquer informação pessoal do participante. Serão apenas utilizados para efeitos da presente investigação.

Natureza voluntária da participação

A participação nesta investigação é voluntária. Mesmo concordando em participar, poderá abandonar a investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização, devendo para o efeito comunicá-lo ao investigador.

Informação de contacto

Caso tenha alguma questão quanto a esta experiência deverá contactar a investigador responsável pela mesma, Bruno Morgado, através do e-mail: morgadobruno2@hotmail.com

FOI-ME DADA A OPORTUNIDADE DE LEITURA DESTE CONSENTIMENTO INFORMADO E FOI-ME EXPLICADO O PROCEDIMENTO DA INVESTIGAÇÃO. FOI-ME DADA PERMISSÃO PARA COLOCAR QUESTÕES ACERCA DA INVESTIGAÇÃO E ESSAS QUESTÕES FORAM-ME EXPLICADAS. ESTOU PREPARADO/A PARA PARTICIPAR NO PROJETO ACIMA DESCRITO.

Nome e Assinatura do participante

Data ___ / ___ / ____

O investigador

Data ___ / ___ / ____