



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SOS IDOSO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Saúde Comunitária

Vera Neves Albuquerque e Castro Coelho Simões

LISBOA, ABRIL, 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

SOS IDOSO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Saúde Comunitária

Vera Neves Albuquerque e Castro Coelho Simões

Sob orientação de Prof. Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, ABRIL, 2011

RESUMO

Todos têm direito à protecção da saúde, nomeadamente na velhice, conforme consagrado na Constituição da República Portuguesa. Cabe ao Enfermeiro no dever do seu exercício profissional conhecer as necessidades da comunidade do seu contexto de trabalho, bem como, encontrar soluções que dêem respostas aos problemas detectados.

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países, no qual Portugal também está incluído. Em Portugal, no ano de 2001 a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade era de 16% e de acordo com as projecções demográficas elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2050 representará 32% do total da população.

O aumento da mobilidade geográfica dos indivíduos em idade activa para as cidades, com o objectivo de encontrar melhores condições de vida, nomeadamente as que concernem às ofertas de emprego, conduz muitas vezes, com que mais idosos fiquem a viver em zonas rurais e os seus familiares, mais jovens nas cidades, geograficamente mais afastados deles.

O relatório que se apresenta é a reflexão da problemática vivenciada na Unidade de Cuidados na Comunidade - Gentes de Loulé/Unidade Funcional de Loulé, no âmbito dos Cuidados Continuados, local sede que recebeu este estágio, sendo o mesmo desenvolvido na Freguesia do Ameixial.

No módulo I procedeu-se ao diagnóstico da situação, tendo sido verificado o envelhecimento demográfico da respectiva freguesia, e o isolamento a que a mesma está sujeita.

No segundo módulo de estágio ficou patente a necessidade da elaboração de um projecto de intervenção comunitária, mais concretamente na implementação de um dispositivo de telassistência domiciliária, em que diversas entidades fossem envolvidas como a Equipa de Cuidados Continuados, a Junta de Freguesia do Ameixial e a Empresa de Tecnologias de Comunicação.

O projecto denominou-se “SOS IDOSO”, e este sistema de telecomunicação pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

Com os resultados deste projecto dar-se-á não só, uma maior visibilidade do processo de envelhecimento, como também à responsabilidade ética e social por parte da Enfermagem à comunidade, de forma a manter a ideologia do Cuidar.

Palavras-chave – Envelhecimento Demográfico; Envelhecimento; Projecto e Teleassistência Domiciliária

ABSTRACT

Everyone has the right to health protection, especially in old age, as enshrined in the Constitution of the Portuguese Republic. It is the duty of the nurse in her professional practice to identify and resolve the community needs and problems.

Population aging is a phenomenon observed in all countries where Portugal is also included. In 2001 the proportion of people aged 65 or older was 16% in Portugal and according to demographic projections prepared by the National Statistics Institute (INE) in 2050 represent 32% of the total population.

The increased geographic mobility of working age individuals to the cities with the aim of finding better living conditions, often leads to that more elderly people remain living in rural areas and younger ones in the cities, geographically more distant from their families.

The report presented is a reflection of the problems experienced in the Community Care Unit – Gentes de Loulé / Functional Unit of Loulé, in the context of Continuing Care, which received this internship, and was developed in the Town of Ameixial.

Module I proceeded to the diagnosis of the situation, where there was the demographic aging of the respective parish, and the isolation to which it is subject.

In the second internship module it was demonstrated the need of developing a community intervention project, specifically in creating a domiciliary teleassistance device, where several entities were involved, such as the Continuing Care Team, the Parish of Ameixial and Communication Technology Provider.

The project was called "SOS IDOSO", and this telecommunication system is intended to ensure replies in the prevention and promotion of life quality of elder people battling against age drive dependency situations; illness, convalescence, disability and isolation.

The results of this project will provide not only greater visibility of the aging process, but also the ethical and social responsibility of nursing to the community, in order to maintain the ideology of Caring.

Key words – Demographic aging; Aging; Project and Domiciliary Teleassistance

AGRADECIMENTOS

Antes de mais gostaria de agradecer à minha família por acreditar em mim, mesmo nas alturas em que as dúvidas assolavam, em especial ao Pedro e, aos meus filhos Guilherme e Afonso que durante este caminho tiveram a sua mãe ausente na maioria das brincadeiras e birras.

Aos meus pais que graças a este projecto, volvidos treze anos voltaram a ter a filha novamente em casa.

A ti Pai, que tornas-te as viagens do Afonso uma festa e não uma maçada.

À Professora Amélia Simões Figueiredo por acreditar desde o início no projecto desenvolvido, bem como pela sua disponibilidade.

À Enfermeira Emiliania Martins, pelo incentivo e motivação neste trajecto de contratemplos, assim como as suas qualidades humanas, que representam uma fonte de inspiração pessoal e profissional.

A todos os profissionais de saúde da Equipa de Cuidados Continuados da Unidade Funcional de Loulé pela disponibilidade e amabilidade com que me acolheram na sua equipa.

Aos verdadeiros amigos que por vezes nos esquecemos deles, mas que aparecem sempre nas alturas certas, sobretudo quando a motivação começa a esmorecer e, em particular à minha Amiga Rita pelo tempo que disponibilizou para me ouvir e tolerar.

E finalmente a todos os utentes que participaram no estudo e tornaram tudo isto possível.

“If love can` t cure it, nurses can”

Author unknown

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados Saúde Primários
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
IDS – Instituto para o Desenvolvimento Social
INE – Instituto Nacional de Estatística
OMS – Organização Mundial de Saúde
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UFL – Unidade Funcional de Loulé

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

QUADRO 2 – Principais alterações cognitivas que ocorrem durante a senescência

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Pirâmides etárias da população residente total, Portugal, 1991 e 2001

FIGURA 2 – Mapa da região

FIGURA 3 – Pirâmide etária do concelho 2001

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Território por freguesia

INDICE

	pag
0 – INTRODUÇÃO	12
PARTE I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - IDOSOS EM CONTEXTO RURAL NA FREGUESIA DO AMEIXIAL	
1. Envelhecimento demográfico	15
1.1. Mobilidade Geográfica	17
1.2. Envelhecimento demográfico e repercussões	17
1.3. Processo de Envelhecimento	18
1.3.1. Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social	19
1.4. Caracterização do Concelho de Loulé/Freguesia do Ameixial.....	22
1.4.1. Análise sócio-demográfica	24
1.4.2. Freguesia do Ameixial.....	26
1.4.3. Utentes inscritos na Unidade Funcional	26
2. Objectivos gerais do estágio	27
PARTE II – PROJECTO SOS IDOSO	
1. “SOS IDOSO” – Dispositivo de apoio ao idoso do Ameixial.....	33
2. Continuidade e replicação do projecto	37
CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E LEGAIS.....	47
ANEXOS.....	50
Anexo 1. Cronograma	51
Anexo 2. População Residente por freguesia/sexo	53

Anexo 3. Óbitos e taxa de mortalidade	55
Anexo 4. Casamentos dissolvidos e taxa de divórcio	57
Anexo 5. Índices de dependência e envelhecimento	59
Anexo 6. Guião de entrevista ao idoso.....	61
Anexo 7. Grelha de análise às entrevistas	63
Anexo 8. Ficha de inscrição	65
Anexo 9. Folheto Promocional.....	67
Anexo 10. Projecto “SOS IDOSO”	69

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa / Instituto de Ciências da Saúde e, de acordo com o plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi realizado um Estágio para avaliação da respectiva unidade curricular.

O Estágio foi dividido em três módulos, o primeiro destinou-se à realização do diagnóstico de situação da comunidade e, o segundo para a promoção da implementação de um dispositivo de apoio ao idoso de acordo com as necessidades levantadas durante o módulo I. O terceiro módulo, deveria abranger uma temática diferente dos dois primeiros, mas em virtude da conjuntura política e económica que o País atravessa, este último módulo realizou-se no mesmo local de estágio com o mesmo projecto, o qual se denominou de “SOS IDOSO”, com o intuito do seu alargamento a outras comunidades.

O estágio realizou-se na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - Gentes de Loulé, pertencente à Unidade Funcional de Loulé (UFL), do Agrupamento de Centros de Saúde do Algarve I Central – ACES Central. O estágio decorreu nos seguintes períodos: módulo I de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, módulo II de 27 de Setembro a 21 de Novembro de 2010 e módulo III de 22 de Novembro de 2010 a 29 de Janeiro de 2011.

O trabalho realizado tem por base a inquietação vivenciada em contexto profissional enquanto Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Albufeira, (ECCI). Neste contexto verifica-se um número considerável de idosos isolados, com recursos económicos escassos e fracos conhecimentos para a resolução de diversos problemas, onde os enfermeiros são os profissionais na primeira linha para intervir e a encaminhar os utentes para os diferentes recursos da comunidade.

Esta necessidade também era sentida pela ECCI de Loulé na figura da Enfermeira Orientadora de Estágio e Coordenadora da UCC/ECCI de Loulé.

O Projecto de Estágio intitula-se “SOS IDOSO” e consiste na implementação de um dispositivo de apoio ao idoso que integre a teleassistência domiciliária, na referida ECCI.

O Concelho de Loulé é constituído por onze freguesias, sendo o Ameixial uma delas, e é nessa que se reporta este estudo. O Ameixial é uma freguesia serrana, na partilha com o Alentejo, situada a cerca de cinquenta quilómetros da sede do concelho, tem uma área de 121,35 km² e, em 2001 tinha 604 habitantes sendo que o índice de envelhecimento passou de 3,22 no ano de 1991 para 8,45 no ano de 2001.

O processo de envelhecimento é um fenómeno recente que emergiu nas sociedades desenvolvidas nos últimos anos. Para tal contribuíram a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da longevidade, o que implicou por sua vez o aumento do número de pessoas idosas em relação ao número de jovens, não bastando tal facto, encontramos ainda as evoluções demográficas que a nível regional são diferentes culminando em assimetrias regionais agravando assim o fenómeno envelhecimento.

Este novo fenómeno comporta implicações a diferentes níveis, nomeadamente políticas, económicas, sociais e institucionais. É neste sentido que surgem políticas de saúde, e sociais, nas quais se insere a reforma dos Cuidados de Saúde Primários com a sua reorganização e criação de novas estruturas, sendo uma, a implementação das UCC cuja missão é *“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção”*, (Despacho nº10143/2009). É o ensejo destas unidades a constituição das ECCI, onde se enquadra o projecto apresentado e cujo, objectivo geral é a *“prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”* e, *“a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis”* (Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). A esta equipa recai ainda a responsabilidade da *“Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais”*, (Ibidem).

A teleassistência é um sistema de telecomunicação que pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

Neste sentido surge o projecto “SOS IDOSO” que pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas residentes no Concelho de Loulé, numa fase inicial na freguesia do Ameixial e, posteriormente a sua replicação a outras freguesias do Concelho, bem como, a outras unidades Funcionais deste ACES.

O presente relatório tem como objectivo principal proceder à descrição e análise das actividades realizadas no âmbito do referido estágio e respectivo projecto.

A primeira parte reporta-se ao enquadramento teórico, onde são abordados os conceitos fundamentais do trabalho, os objectivos gerais e específicos traçados para o módulo I, respectivas actividades e, a metodologia utilizada, de modo a realizar o diagnóstico da situação dos idosos em contexto rural da freguesia do Ameixial.

Na parte II faz-se referência aos objectivos específicos do módulo II e III bem como às actividades desenvolvidas. A apresentação do projecto de intervenção comunitária é aqui abordada de uma forma sucinta.

Por fim encontra-se a conclusão onde, através da reflexão, é feita uma apreciação global do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, dando ênfase aos aspectos positivos, principais dificuldades e limitações para a execução do mesmo e, as competências desenvolvidas no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária.

PARTE I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - IDOSOS EM CONTEXTO RURAL NA FREGUESIA DO AMEIXIAL

1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países, no qual Portugal também está incluído.

Como fenómeno, o envelhecimento demográfico é novo na perspectiva histórica, embora a temática surja no Antigo Testamento. Segundo Machado (2009, pag.2) *“no Período Neolítico e na Idade do Bronze, o número médio de anos de vida manteve-se entre os 18 e os 20 anos. E muito, muito lentamente foi aumentando até atingir cerca de 40 anos, no início do século XX.”* Segundo Carrilho e Gonçalves (2004, pag.179), em 2050, *“as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos”*.

Muitos são os factores que têm contribuído para o aumento da esperança de vida nomeadamente o melhoramento das condições de vida e saúde, progressos da medicina, descobertas farmacológicas e melhor nutrição. Todos estes acontecimentos contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade. Aliado a este factor assistimos ainda a um declínio da taxa de natalidade que juntamente com os fluxos migratórios tem contribuído para o envelhecimento demográfico da população Portuguesa.

“ Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos cinquenta anos, representando em 2050, 32% do total da população”, (Carrilho, Gonçalves, 2004, pag.177).

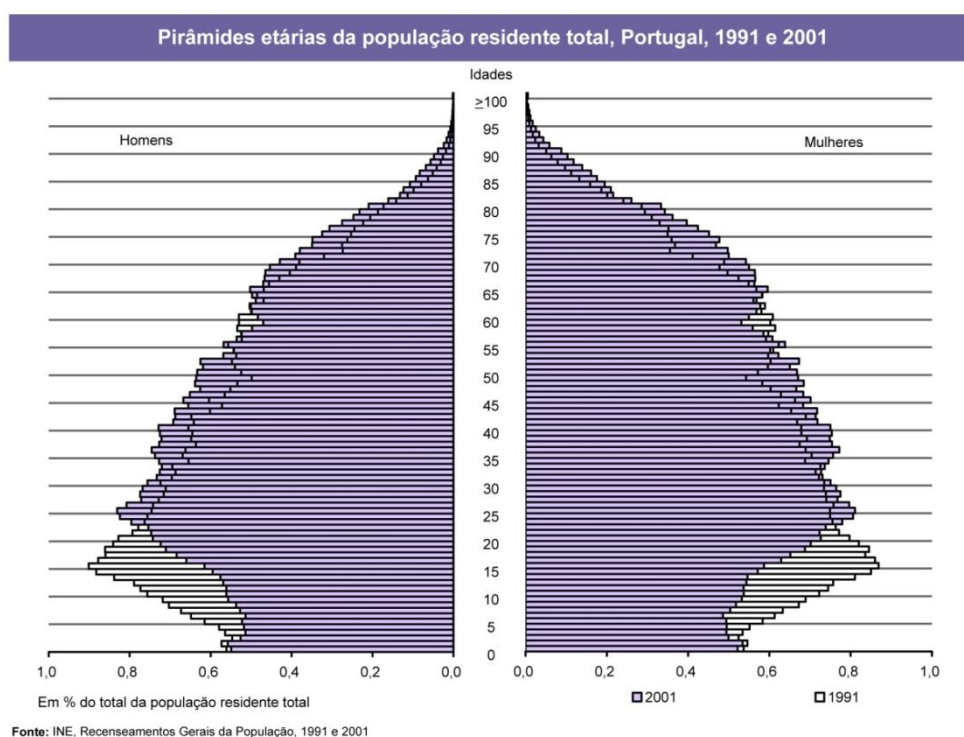
É de salientar que entre 1991 e 1997, aumentou em cerca de 159 000 pessoas com 65 e mais anos, sendo que no mesmo período houve um acréscimo de mais de 14 000 pessoas com 85 e mais anos, (Instituto para o Desenvolvimento Social, 1999).

O grau de envelhecimento demográfico de Portugal enquadra-se no restante panorama Comunitário, *“ Em 1 de Janeiro de 2002 a população da Europa do Sul, e em particular a Itália, apresentava-se como a mais envelhecida dentro da União*

Europeia, então com 15 estados membros, e Portugal inseria-se na média comunitária (16,8%) ”, (Carrilho, Gonçalves, 2004, pag.178).

A esta conjuntura junta-se o facto de o nosso país vir a assistir a uma diminuição da população com menos de 15 anos de idade, em 1991 tinha uma percentagem de 19,7%, em 1997 de 16,8% e em 2001 16% (INE). Ao analisarmos a pirâmide etária é visível o seu estreitamento na base e o seu alargamento no topo, resultado da diminuição da percentagem de jovens e o aumento da percentagem da população idosa, sendo que a proporção de idosos suplantou a de jovens.

Figura 1 – Pirâmides etárias da população residente total, Portugal, 1991 e 2001



No período compreendido entre 1991 e 1997, o índice de envelhecimento subiu de 71,4% para 88,5%, e o índice de dependência de idosos passou de 20,7 para 22,2. Em 2001 estimava-se que existiam 102 idosos para 100 jovens (com menos de 15 anos).

É um facto inegável o envelhecimento da população portuguesa e, prevê-se a continuação da diminuição da proporção da população jovem (13%), enquanto a população idosa irá aumentar (32%), isto para meados do presente século (até 2050).

1.1. Mobilidade Geográfica

O aumento da mobilidade geográfica dos indivíduos em idade activa para as cidades, com o objectivo de encontrar melhores condições de vida nomeadamente as que concernem às ofertas de emprego, acarreta muitas vezes, com que mais idosos fiquem a viver em zonas rurais e os seus familiares, mais jovens nas cidades.

“ O rural pode ser definido em termos da localização geográfica e densidade populacional, ou pode ser descrito em termos de distância (ex. 30 km) ou de tempo (e x. 30 minutos) para ter acesso a um centro urbano ” (Stanhope, Lancaster, 1999, pag.342). É nesta definição que se enquadra a freguesia do Ameixial, Concelho de Loulé, Distrito de Faro, a qual serviu de estudo para este projecto.

1.2. Envelhecimento demográfico e repercussões

O envelhecimento populacional tem provocado na sociedade alterações a nível económico e social sendo estas características da segunda metade do século XX, as quais os epidemiologistas designam por “transição demográfica”. Há 40/50 anos atrás, envelhecer não constituía problema, pois o número de pessoas que envelhecia não era muito elevado, e a imagem que a sociedade tinha da população envelhecida era diferente da actual, *“ser-se velho era ser-se sábio; era ter-se a mais valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo...a memória das gerações”* (Maria Arminda Costa, 1999, pag.9).

As progressivas alterações levaram com que surgissem problemas sociais, nomeadamente os de rejeição, afastamento e internamento, tendo como consequências a alteração da imagem que a sociedade tem do idoso e a forma como é construída a categoria social velhice.

Outros factores tais como a alteração na estrutura das relações familiares e o desmoronamento da família tradicional, também contribuíram para o fenómeno do envelhecimento. O primeiro centra-se *“na quebra da cadeia proximal familiar logo na 1.ª geração e no aumento das taxas de divórcio”* e o segundo consiste na alteração da ideia da família tradicional, *“a ideia de familismo tradicional, o clã, em que avós, pais, filhos e netos se congregavam na mesma casa, à volta da mesma mesa, tende a alterar-se, mercê até de factores sociais e migracionais. As pessoas jovens afastam-se dos meios rurais, tendem a juntar-se à volta e nas grandes cidades, localizando-se*

sobretudo nas faixas litorais, permanecendo os mais idosos nos meios rurais, subsistindo numa solidão que aceitam pela melhoria das condições dos seus, mas que tem os seus custos, físicos, psíquicos e sociais”, (Maria Arminda Costa, 1999, pag.11).

A conjuntura que a sociedade moderna assiste, em que se dá mais valor à produtividade e à prosperidade económica, remete os mais idosos, frequentemente denominados de inactivos, para situações de solidão e exclusão.

O envelhecimento não é um fenómeno existente apenas em Portugal mas sim a nível mundial o que tem fomentado reflexões em várias instituições/organizações incluindo as Nações Unidas que tem sugerido algumas intervenções no sentido de minorar e gerir de forma adequada o fenómeno envelhecimento.

1.3. Processo de Envelhecimento

“O desenvolvimento do novo, e em geral único, ser humano começa no momento da fecundação, da mesma forma que o processo de envelhecimento” (Seeley, Stephens, Tate, 1997, pag.1046).

Se formos a um dicionário de língua portuguesa rever a definição de envelhecimento, a qual nos remete para envelhecer, constatamos que o termo está ligado à idade, *“aumentar em anos, em idade; || Passar o uso, o emprego; enfraquecer, apagar-se. || Estar próximo do fim.”*, (Grande Dicionário da Língua Portuguesa, 1991, pag.614). Por velhice *“idade avançada; período que, na vida humana se sucede à idade madura; || Decrepidez, caducidade”*, (Ibidem, pag.548).

Está pois subjacente que o processo de envelhecimento ainda é um processo que é pouco compreendido e daí que a ele estejam associados mitos e preconceitos, tais como, que todos os idosos são senis, surdos, frágeis, com dificuldade em adaptarem-se a mudanças, que passam grande parte do tempo sentados a pensar ou no vazio ou naquilo que já foram. Todo este tipo de preconceitos leva no seu culminar ao isolamento dos idosos, *“No entanto, o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. O desconhecimento deste processo leva a falsas percepções que, à força de serem transmitidas, acabam por isolar completamente os idosos, chegando mesmo a contribuir para acelerar o seu processo de envelhecimento”*, (Berger, Poirier, 1995, pag.63).

Contudo envelhecimento é um fenómeno normal e universal, partilhado não só pelo reino animal como também pelo reino vegetal. Várias são as disciplinas que se

debruçam sobre o estudo/investigação do processo de envelhecimento (biologia, psicologia e sociologia) e todas elas são unânimes de que o envelhecimento é *“um processo contínuo que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa”*, (Berger, Poirier, 1995, pag.6).

Torna-se claro que o envelhecimento é um processo diferencial, variável de indivíduo para indivíduo, na medida em que cada um *“terá tido experiências diferentes ao longo da vida no desenvolvimento das relações sociais, amplas variações na exposição ao ambiente (por exemplo, climas e toxinas), e modelos divergentes tanto do crescimento físico como do desenvolvimento e estado de saúde, afectados por tendências genéticas e estilos de vida”*, (Phipps, 1995, pag.102).

Para Schroots e Birren (cit. Figueiredo, 2007, pag.31) existem três principais categorias de envelhecimento: *“o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina de senescência; o psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.”*

1.3.1. Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social

O processo de envelhecimento biológico diz respeito às transformações físicas e orgânicas que se traduzem numa diminuição progressiva à capacidade de adaptação às mudanças do meio, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte.

As transformações fisiológicas reportam-se a alterações estruturais nomeadamente às das células e, às funcionais com as respectivas alterações nos diferentes sistemas do ser humano, conforme indicado no Quadro 1.

Dentro do envelhecimento biológico podemos caracterizá-lo como envelhecimento primário ou normal, que não implica a presença de doença e, o envelhecimento secundário ou patológico, aquele em que já existe a doença e esta torna-se a causa próxima de morte.

Quadro 1 – Modificações fisiológicas do envelhecimento

Modificações fisiológicas do envelhecimento	
1. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	
a. Células e tecidos	c. Músculos, ossos e articulações
b. Composição global do corpo e peso corporal	d. Pele e tecido subcutâneo
	e. Tegumento
2. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	
a. Sistema cardiovascular	f. Sistema endócrino e metabólico
b. Sistema respiratório	g. Sistema reprodutor
c. Sistema renal e urinário	h. Sistema imunitário
d. Sistema gastrointestinal	i. Ritmos biológicos e sono
e. Sistema nervoso e sensorial	

Fonte: Berger, Poirier, “Pessoas Idosas”, 1995, pág. (127)

Muitos dos trabalhos realizados no âmbito da Psicologia do Envelhecimento recaem sobre duas áreas, a personalidade e o funcionamento cognitivo (inteligência, memória e aprendizagem). As razões subjacentes ao declínio de algumas aptidões intelectuais não são claras podendo estar relacionadas com três aspectos do processamento cognitivo: diminuição da velocidade de processamento da informação, o défice na memória de funcionamento e a diminuição da acuidade visual e auditiva. Além destes factores, outros parecem influenciar negativa ou positivamente a aptidão intelectual, tais como: problemas de saúde, isolamento social, nível educacional, rendimento económico, crenças, motivações, emoções, contexto físico e social.

Segundo Berger e Poirier (1995, pag.170), *“à medida que se envelhece as aptidões cerebrais diminuem, enquanto que outras aptidões (como as funções de integração) melhoram. O desempenho cognitivo mantém-se intacto na maioria das pessoas idosas. As mudanças intelectuais parecem mais relacionadas com a modificação de certas funções do que com alterações da inteligência em si mesma. As mais atingidas são sobretudo funções como a memória, o tempo de reacção e a percepção.”* As mesmas autoras ainda referem que *“o declínio das funções cognitivas só aparece por volta dos cinquenta ou sessenta anos, e mesmo quando tal acontece as*

manifestações são mínimas. As disfunções cognitivas não são doenças, mas estados fisiológicos no continuum do envelhecimento”.

De acordo com as mesmas autoras, em relação à inteligência existe uma diminuição da inteligência fluida, mas mantém-se o vocabulário e o raciocínio verbal. Já no que diz respeito ao tempo de reacção, na senescência encontramos uma baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos e o aumento do tempo de reacção. Embora os idosos conservem a sua capacidade de aprendizagem, esta em termos de assimilação é mais lenta, não só por uma diminuição da motivação como também à atenção excessiva aos estímulos não pertinentes.

A memória encontra-se mantida com ressalva para a memória a curto prazo que se encontra diminuída.

Em relação à resolução de problemas os idosos têm maior dificuldade em utilizar novas estratégias, devido não só ao aumento da prudência, assim como, à tendência para manter velhos costumes.

As alterações mencionadas anteriormente encontram-se descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Principais alterações cognitivas que ocorrem durante a senescência

Principais alterações cognitivas que ocorrem durante a senescência
<p>Alterações fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atrofia cerebral e diminuição do peso de cérebro • Diminuição do número de neurónios <p>Inteligência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa de inteligência fluida • Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada • Baixa ligeira na grande velhice • Diminuição da capacidade de conceptualização • Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal • Manutenção dos conhecimentos adquiridos <p>Tempo de reacção</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos • Aumento do tempo de reacção <p>Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assimilação mais lenta • Baixa da motivação e aumento da fadiga • Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes • Manutenção da capacidade de aprendizagem • Dificuldades acrescidas na organização, armazenagem e utilização dos dados <p>Manutenção ou melhoria das aptidões verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memória • Baixa da memória a curto prazo (imediate) • Manutenção da memória a longo prazo (fixação) • Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organizá-las • Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo

Resolução de problemas e criatividade

- Dificuldade em utilizar novas estratégias
- Pensamento mais concreto do que abstracto
- Maior prudência e rigidez
- Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes
- Maior redundância na colheita de informações
- Tendência para manter velhos hábitos
- Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas)

Fonte: Berger e Poirier, “Pessoas Idosas”, 1995, pág. (185)

Do mesmo modo, se pode falar em envelhecimento social, no que diz respeito às alterações a nível dos papéis sociais, alterações essas que vão exigir por parte dos idosos uma adaptação às novas condições de vida. Muitas destas transformações prendem-se com a reforma e mudanças a nível da estrutura familiar.

Para Berger e Poirier (1995, pag.190), *“O isolamento, a miséria a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil dos idosos. O envelhecimento não é consequência apenas da degenerescência biológica, mas resulta em parte de condições políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade.”* Os idosos que se encontram integrados no seu meio, que se sentem respeitados e valorizados adoptam uma atitude psicossocial positiva contribuindo assim para o seu bem-estar. É neste âmbito que surge a teleassistência domiciliária como um suporte que permite às pessoas idosas continuarem a viver no seu meio.

1.4. Caracterização do Concelho de Loulé/Freguesia do Ameixial

O Concelho de Loulé, inserido na região NUTS II Algarve, distrito de Faro, abrange uma área de 765 km² representando 15,3% da superfície do Algarve, sendo o maior município desta região, conforme representado no Gráfico 1.

Figura 2 – Mapa da região

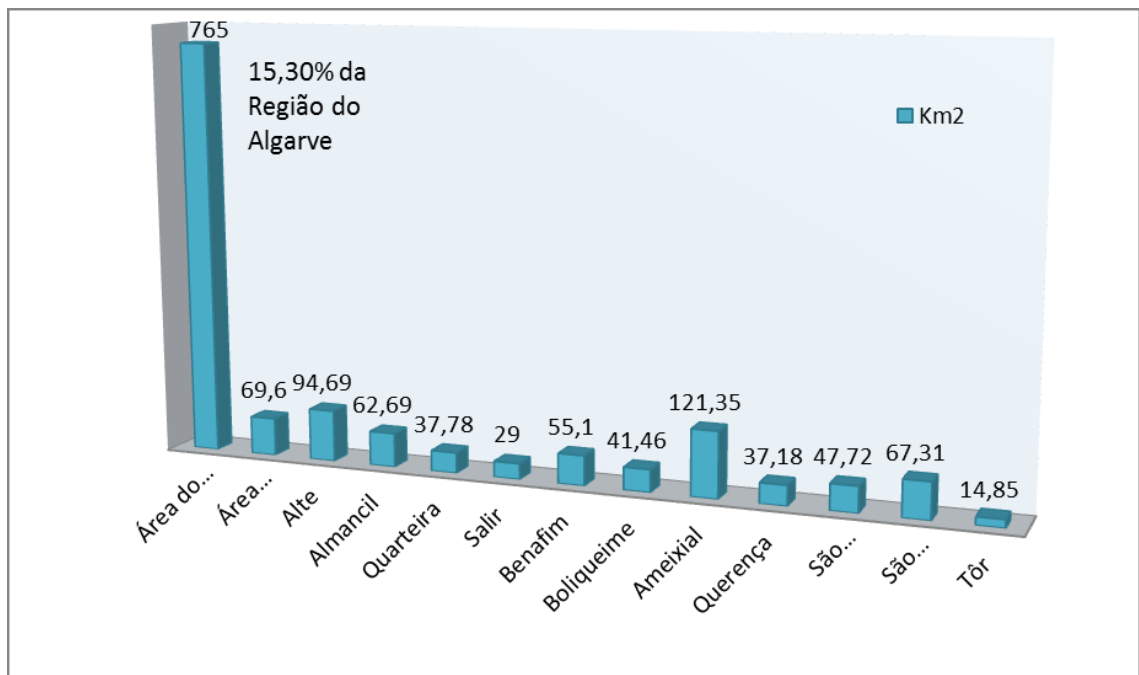
A região de Loulé estende-se “desde o mar até à serra, o terreno eleva-se gradualmente até atingir o ponto mais alto da Serra do Caldeirão – os Pelados – com 589 m de altitude”, (Vicente, Silva, 2006, pag.25).

Está limitado a norte com o concelho de Almodôvar – Alentejo, a nascente com os concelhos de Faro, S. Brás de Alportel, Tavira e Alcoutim, a poente com os concelhos de Silves e Albufeira e a sul com o Oceano Atlântico.

Está dividido em 11 freguesias: Almoncil, Alte, Ameixial, Benafim, Boliqueime, Quarteira, Querença, Salir, S. Clemente, S. Sebastião e Tôr.

Pode ainda ser dividido de acordo com a sua tipologia orográfica: litoral (12%), Barrocal (37%), Beira Serra (5%) e a Serra (46%). Esta última é representada pela freguesia do Ameixial e constitui a maior área em Km², como se pode constatar no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Território por Freguesia



Fonte: Rede Social, Diagnóstico Social do Município de Loulé (2003)

1.4.1. Análise Sócio-Demográfica

Em 2001, a população residente concentrava-se principalmente nas áreas urbanas (Quarteira, S. Clemente e S. Sebastião) com 37269 habitantes, cerca de 63% da população residente.

Em 2001 verifica-se o desequilíbrio da distribuição intra-concelhia, caracterizado por assimetrias populacionais, opondo a faixa litoral ao interior serrano (Anexo 2).

Todavia, nos anos 40/50, Alte e Salir pela importância da sua actividade agrícola, no ramo da silvicultura e extracção de cortiça, eram as freguesias com maior efectivo populacional do concelho (com excepção das freguesias urbanas).

É a partir da década de 70/80 que as freguesias de Quarteira, Almancil e S. Clemente crescem em detrimento das freguesias do interior, notando-se uma mudança na dinâmica populacional concelhia.

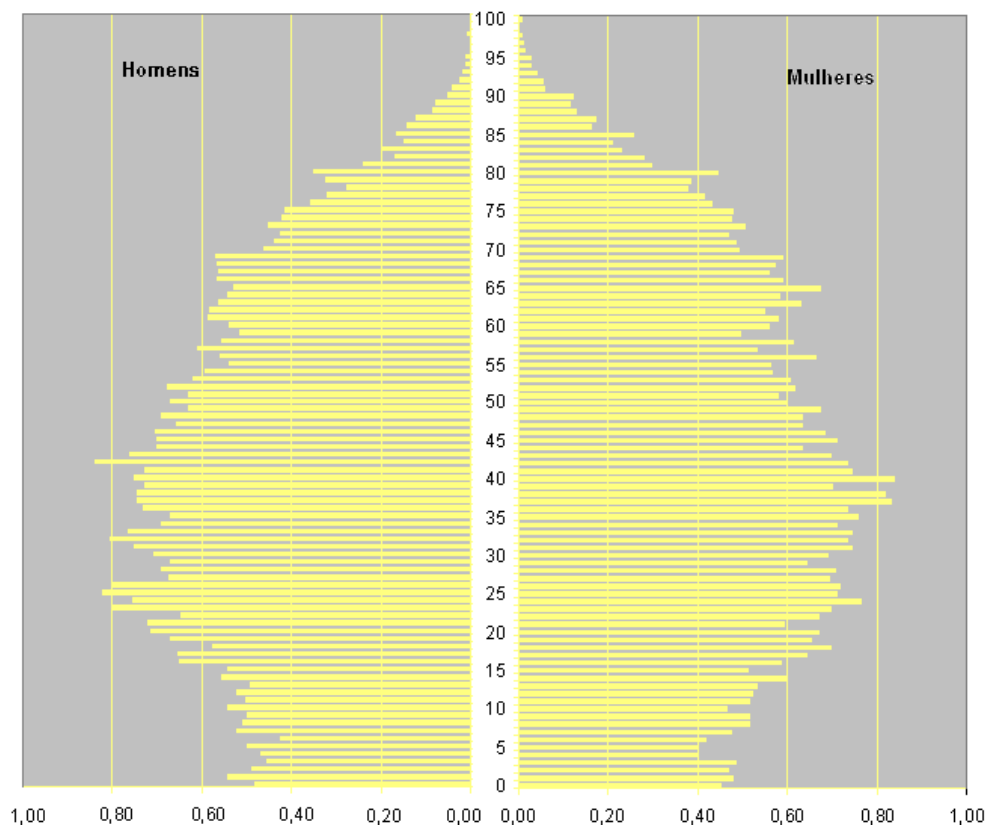
Entre 1991 e 2001 o Concelho de Loulé verificou uma variação, passando a ser o mais povoado do distrito de Faro, representando cerca de 14,96% da Região Algarve.

Apesar da taxa de crescimento da população do concelho, algumas freguesias sofreram decréscimos populacionais, nomeadamente Ameixial (-32,3%), Salir (-10,7%), Benafim (-10,2%), Querença (-9,3%) e Alte (-7,4%).

A distribuição etária no concelho tem modificado ao longo das décadas. Em 1940 a pirâmide revelava uma população jovem e em crescimento. Com uma base larga e um topo muito reduzido, era o resultado de uma elevada taxa de natalidade e um baixo índice de envelhecimento.

Em 1970-1981 as pirâmides são mais equilibradas conforme a tendência nacional, entre 1991 e 2001 verificou-se no concelho um constante decréscimo da população mais jovem, contribuindo para o estreitar da pirâmide na sua base, com a população em idade activa a adquirir maior destaque. Simultaneamente o envelhecimento da população conferiu à pirâmide um alargamento do seu topo.

Figura 3 – Pirâmide Etária do Concelho de Loulé 2001



1.4.2. Freguesia do Ameixial

Machial assim pronunciam os habitantes mais antigos desta freguesia, e este parece ser realmente o seu nome primitivo, situa-se na extremidade Nordeste do Concelho de Loulé, a cerca de 35 km da sede do mesmo. Faz fronteira a Noroeste e a Norte com Almodôvar, a Nordeste com Alcoutim, a Oeste-Este fica o Município de Tavira e a Sul a freguesia de Salir.

É a freguesia do Concelho mais afectada pela interiorização, com uma população muito envelhecida e onde o despovoamento é bastante acentuado, -32,3 % entre 1991, com 892 habitantes, e 2001 com 604 habitantes.

Estes 604 habitantes estão distribuídos por 123,95 km² e por 14 lugares. O maior aglomerado é a sede de freguesia com 174 habitantes aproximadamente.

A taxa de natalidade na freguesia do Ameixial foi de 0%, e a taxa de mortalidade 19,86%, (Anexo 3), correspondendo a 12 óbitos no ano de 2001, sendo que este número diminuiu em relação ao ano de 1991.

Em 2001 não houve registos de casamentos pelo que apresentou uma taxa de nupcialidade nula. Relativamente à dissolução de casamentos, foram registados no ano 2001 4 casos, sendo os 4 por morte do cônjuge e 0 relativos a divórcios (Anexo 4).

A freguesia do Ameixial é a que apresenta um maior número de famílias de menor dimensão, (2,3 pessoas).

Esta freguesia é aquela que apresenta um maior índice de envelhecimento, 8,45, bem como um maior índice de dependência de idosos, 0,96, no ano de 2001 (Anexo 5).

A freguesia do Ameixial pela sua localização geográfica é a que se encontra mais isolada do centro urbano.

1.4.3. Utentes inscritos na Unidade Funcional

De acordo com o Plano Director Regional de Saúde do Algarve (INE 2002), e a conjugação do nº de inscritos no programa SINUS em 2001 existiam no concelho de Loulé 59160 habitantes, em 2006, 71014 utentes, prevendo-se que o concelho de Loulé apresentará uma população residente e utilizadora, no final de 2011 de cerca de 77807 pessoas (INE, 2002, plano Director Regional de Saúde do Algarve).

Realça-se o número considerável de utentes dependentes ou com grandes probabilidades de necessitarem de cuidados de saúde complexos, nomeadamente as pessoas com mais de 65 anos de idade (14815), das quais 7424 têm mais de 75 anos de idade, o que pressupõe maior probabilidade de morbilidade.

A ECCI presta cuidados, em média a 340 utentes, por mês, sendo que na freguesia do Ameixial esta equipa presta apoio em média a 15 utentes.

2. Objectivos gerais do Estágio

É de salientar que os objectivos gerais, na globalidade, foram atingidos e as actividades foram sendo desenvolvidas de acordo com o cronograma estabelecido como se pode verificar no (Anexo 1).

Para além da descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas, pretende-se uma reflexão acerca do modo como este trabalho contribuiu não só para a aquisição de conhecimentos, como também para o crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira no âmbito dos Cuidados Saúde Primários (CSP).

A realização dos três módulos de estágio teve o intuito de desenvolver as competências propostas pelo plano de estudos relativamente às funções do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Para tal, é necessário ter presente que as competências provêm da aplicação adequada e ajustada às situações concretas, não bastando possuir capacidades e conhecimentos, é pois necessário um saber mobilizar, integrar e transferir os mesmos para a prática diária.

Sendo assim, o objectivo geral do estágio foi desenvolver competências no âmbito da Enfermagem Comunitária para a assistência de enfermagem avançada a grupos específicos, nesta situação concreta a idosos, de modo a prestar cuidados de enfermagem que fossem ao encontro das necessidades da população da freguesia do Ameixial. Estas necessidades teriam que ser não só as reais, ou seja, aquelas que os profissionais de saúde determinam, mas também as sentidas pela população, pois só deste modo, esta poderia adoptar as medidas a implementar.

Segundo Jean Watson (2002, pag.129) “ *o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde ou potenciais; conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros;*”; no Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 vem expresso que “*o enfermeiro especialista em enfermagem*

comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde.”

Nesta perspectiva surge como objectivo geral do módulo I a elaboração do diagnóstico de situação da população idosa abrangida pela ECCI na freguesia do Ameixial.

Imperatori e Giraldes (1986) definem as seguintes fases do planeamento em saúde: diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação.

Os objectivos específicos traçados, bem como as respectivas actividades, para o módulo I vão de encontro ao solicitado na fase de diagnóstico, de maneira a que houvesse concordância entre as necessidades reais e sentidas e o diagnóstico da situação, segundo os mesmos autores *“em qualquer processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação. Esta afirmação é válida independentemente da dimensão do sujeito de programação: país, região, distrito, concelho, aldeia, família ou indivíduo”*, (pag.13). Sendo assim foi necessário:

- Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da UF de Loulé/ECCI;
- Integrar a ECCI;
- Caracterizar a população idosa em contexto rural da freguesia do Ameixial;
- Identificar as necessidades sentidas pelos utentes e profissionais da respectiva freguesia.

Os objectivos acima referidos permitiram definir e compreender qual o principal problema de saúde actual para aquele recanto da população do concelho de Loulé.

Para tal contribuíram a realização das seguintes actividades:

- apresentação ao serviço e equipa da ECCI; observação directa da estrutura do serviço. Este item nesta primeira fase foi útil no sentido de que a apresentação ao serviço permitisse no futuro uma articulação eficaz e eficiente com os diversos profissionais que constituem a ECCI;

- esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador, assim como, reuniões informais, no sentido de reflectir, analisar, gerir e interpretar a informação recolhida e o modo como se poderia transpor nas actividades a desenvolver. Esta actividade foi

proveitosa pois permitiu, primeiro, a consolidação da identificação das necessidades sentidas não só pelos profissionais como também pelos utentes da ECCI, e segundo a aplicação do método adequado para a elaboração do projecto;

- reuniões com os responsáveis das Instituições que dão apoio comunitário, aos utentes da freguesia do Ameixial, (Centro Comunitário), de forma a conhecer com profundidade os recursos daquela comunidade para as respostas específicas às necessidades dos utentes em contexto rural;

- pesquisa bibliográfica sobre o tema de modo a aprofundar conhecimentos na área que incide o projecto, e para delimitar o objecto de investigação que segundo Carlos Azevedo (2008, pag.23) *“a delimitação permite ser mais preciso e profundo e não gastar tempo em assuntos marginais que fazem o trabalho perder em nitidez e unidade.”*. A pesquisa incidu sobre: o envelhecimento, primeiro como fenómeno demográfico, segundo enquanto processo; pesquisa na base de dados SINUS, Instituto Nacional de Estatística. Esta pesquisa bibliográfica em literatura nacional e internacional proporcionou a aquisição de conhecimentos sobre a problemática em causa, ajudando assim a delinear o campo de estudo;

- realização de quatro entrevistas que não constituíram apenas uma actividade, mas também uma técnica, com o objectivo de corroborar o que ficou patente na pesquisa bibliográfica, o envelhecimento demográfico, a diminuição das taxas de natalidade, a reconfiguração das famílias e conseqüentemente o isolamento da população idosa. Segundo Bogdan e Biklen (1994, pag.134) a entrevista *“consiste numa conversa intencional [...] com o objectivo de obter informações sobre a outra”*, neste contexto a entrevista foi semidirectiva, pois utilizou-se um guião (Anexo 6). Posteriormente procedeu-se á análise de dados de forma a organizar-se a transcrição das entrevistas. Os dados qualitativos foram submetidos a uma análise de conteúdo utilizando-se o tema enquanto unidade de registo, segundo a autora Bardin (2008, pag.129) *“a codificação corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão”*. Para a referida autora existem três formas de proceder à organização da codificação: o recorte: escolha das unidades; a enumeração: escolha das regras de contagem; a classificação e a agregação: escolha das categorias. A unidade de registo equivale ao fracção do conteúdo a considerar como unidade de base, apontando à categorização.

A categorização “*é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género [...] as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos*” (Bardin 2008, pag.145). O critério de categorização pode ser semântico, sintáctico, léxico e expressivo. A análise de conteúdo utilizada usa o critério de categorização semântico, ou seja, a utilização de categorias temáticas (Anexo 7).

Os sujeitos entrevistados são pessoas idosas que residem na freguesia do Ameixial e os critérios de selecção foram os seguintes: ter 65 ou mais anos; apresentar condições físicas e psicológicas para responder a uma entrevista; viver sozinho; ser residente na freguesia do Ameixial.

Como características gerais destes indivíduos, salientamos: quatro (4) elementos do sexo masculino; com idades compreendidas entre os setenta e um (71) e os noventa e um (91); quanto ao estado civil um (1) solteiro, um (1) viúvo, um (1) divorciado e um (1) casado; em relação às habilitações literárias, três são analfabetos e um (1) sujeito tem a 4ª classe, “*não cheguei ir à escola, [...], éramos sete irmãos, nenhum foi à escola*” (E4); dos entrevistados dois exerceram a sua actividade profissional na agricultura e os outros dois na pastorícia.

Importa ainda referir que dos quatro (4) sujeitos, dois (2) recebem apoio domiciliário pelo Centro Comunitário Barranco Velho. Em situação de dependência, existem dois tipos de redes de suporte, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de protecção social onde se inserem todo o tipo de programas e medidas que asseguram a concessão de prestações pecuniárias.

Segundo o documento Prevenção da Violência Institucional Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência, elaborado pelo Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) “*Existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados: informal – em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar é a formal – em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada,*

comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções.” (IDS, 2002, pag.21). As relações entre os dois tipos de redes de suporte podem ser de complementaridade, ou de substituição. Exemplo disso é o caso destes dois idosos que passam um dia no Centro Comunitário na valência Centro de Dia, para receberem apoio nos cuidados de higiene, “*gosto, é muito bom, muito bom, mas eu só venho uma vez por semana*”, (E4), ou ainda para a realização da higiene da roupa e habitação, - “*não, quem me vai ver são estas senhoras que me levam lá a comida [...] casa e tudo, a roupa, roupinha lavada, passadinha a ferro, venho aqui tomar banho todas as segundas feiras*”, (E2).

Dos quatro sujeitos entrevistados todos referiram viver sozinhos, mesmo quando acompanhados pela esposa, (uma situação), verbalizando o seguinte: “*agora vivo sozinho, a minha mãe faleceu, o meu pai também já e o meu irmão também já, agora estou sozinho*” (E3), “*com a minha patroa, vivo sozinho mais ela*” (E4).

Em relação aos conhecimentos sobre o serviço de tele saúde – teleassistência domiciliária – todos os inquiridos desconheciam este tipo de dispositivo de apoio, “*não tenho ouvido falar disso*”; (E3), porém quando questionados pela sua utilidade três idosos responderam que seria útil “*...se fosse uma coisa que não fosse assim muito cara [...] seria muito bom*” (E4), e um respondeu não estar interessado, “*eu não uso isso, não uso isso, não ocupo de isso*”, (E3).

É notório que este dispositivo de comunicação ainda não é conhecido por grande parte dos idosos e nem as vantagens que este acarreta para a sua qualidade de vida.

Nesta fase foi ainda promovida uma reunião, com o Presidente da Junta de Freguesia do Ameixial de maneira a disponibilizar a informação relativa ao diagnóstico de situação da respectiva população e ao mesmo tempo envolver o parceiro no projecto.

Todas estas actividades foram de extrema importância, pois proporcionaram antes de mais a capacidade de desenvolver uma metodologia eficaz de trabalho para se puder tomar a decisão fundamentada na evidência, de modo a respeitar a responsabilidade ética e social para com aqueles utentes.

Além destas actividades foram desenvolvidas outras, que já existentes na prática diária, contribuíram para o alcance dos objectivos específicos do módulo I.

- realização de visita domiciliária aos utentes integrados na ECCI, da freguesia do Ameixial. De acordo com Robyn Rice (2004, pag.23) “*o objectivo dos cuidados domiciliários é fornecer ao utente (e família) a compreensão, o apoio, o tratamento, as informações e os cuidados que necessitam para gerir com sucesso as necessidades de*

saúde no domicílio”, é através destes que o enfermeiro estabelece uma relação de empatia, ajuda, de confiança que lhe permite estar sensível às necessidades do utente e família. Desta forma o enfermeiro estará a Cuidar para proteger a dignidade humana (Jean Watson, 2002) e identificar questões complexas para posteriormente planear intervenções com os recursos existentes;

- conhecer as funções da Enfermeira Especialista e orientadora de estagio de modo a reflectir de forma crítica a prática actual.

Os recursos utilizados para a realização destas actividades foram os seguintes: os físicos, que incluíram, a sala da Coordenadora da ECCI, Biblioteca Municipal da Escola Superior de Saúde do Algarve e Biblioteca Municipal de Albufeira; os humanos, profissionais de saúde da ECCI em especial a enfermeira orientadora do estágio, e a enfermeira responsável pelos utentes a receberem cuidados de enfermagem da população em estudo, os diferentes profissionais dos Centros Comunitários, o Presidente da Junta de Freguesia do Ameixial. É de salientar ainda a Professora Orientadora, Amélia Simões Figueiredo com as suas orientações e disponibilidade.

Em **síntese**, no final do módulo I ao concluir-se a primeira fase de planeamento em saúde, o diagnóstico de situação, em que o envelhecimento demográfico é um fenómeno actual onde a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos e, em 2050 representará 32% da população total; em que o Ameixial é uma freguesia serrana do concelho de Loulé, situada a cerca de cinquenta quilómetros da sede do mesmo, em média a sessenta minutos de caminho em viatura própria, onde o índice de envelhecimento passou de 3,22 no ano de 1991 para 8,45 no ano de 2001, constatando-se que é a freguesia mais afectada pela interiorização, definiu-se como prioritário o envelhecimento e, o isolamento ao qual a população do Ameixial está submetida. Tal facto é corroborado pelas entrevistas que confirmam na primeira pessoa o isolamento, o desconhecimento do dispositivo e seguramente o interesse pelo mesmo desde que este não seja dispendioso. Neste sentido surge a necessidade de promover um dispositivo de apoio ao idoso.

PARTE II – PROJECTO SOS IDOSO

1. “SOS IDOSO” – Dispositivo de apoio ao idoso do Ameixial

A velhice é certamente um fenómeno normal, mas cada indivíduo a vive de forma única. O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível, tal implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes, não só da população em geral mas, também da formação dos profissionais de saúde e de intervenção social. É pois necessário um ajustamento dos apoios às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico.

Segundo a recomendação preconizada pela OMS, relativamente aos CSP, no que se refere ao Cuidar das pessoas no local onde estas estão inseridas, foram criados pelo nosso Estado programas que visam apoiar os idosos e respectivas famílias, dos quais se inscreve os Cuidados Continuados, âmbito onde se desenrola este estágio.

Os enfermeiros enquanto elementos desta equipa multidisciplinar têm o privilégio de cuidar dos idosos no seu meio residencial, tendo como princípio que *“cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida”*, (Collière, 2003, pag.235).

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a responsabilidade de *“identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político”*, Diário da Republica, 2.ª serie – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011.

Foi com o sentido desta responsabilidade que no módulo II objectivou-se a promoção da implementação de um dispositivo ao idoso residente na freguesia do Ameixial, pois é esta a freguesia do Concelho mais afectada pela interiorização, com uma população muito envelhecida e onde o despovoamento é bastante acentuado, -32,3 % entre 1991, com 892 habitantes, e 2001 com 604 habitantes.

Em Paúl e Fonseca (2005, pag.99) fica patente que *“estas comunidades enfrentam fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimento e acesso aos serviços. [...] O interior rural de Portugal é, na sua generalidade, uma zona envelhecida fracamente povoada, de onde os mais novos saíram, sobretudo a partir da década de 1960, para as cidades e para o estrangeiro à procura de uma vida melhor. Muitas das nossas aldeias são «terras de velhos» ”*. Muitos dos idosos que vivem no Ameixial detêm-se neste contexto, ora vivem sozinhos ora com o seu cônjuge, os prestadores de cuidados informais migraram para o centro urbano, os vizinhos funcionam como suporte instrumental, restando em último recurso o cuidador formal traduzido pelos Centros Comunitários.

Contudo para o idoso a sua casa assume um papel importante na sua vida, *“uma vez que reflecte o que ele foi na vida [...] o idoso liga-se à sua casa por razões de vária ordem que tem a ver com o significado que a casa e o ambiente residencial tem em termos de papéis e relações sociais, ligações afectivas, associação ao passado, referência a valores culturais de identidade pessoal e social, efeito psicológico que os espaços conhecidos conferem em termos de segurança”* (Cristina Imaginário, 2008, pag.133). O idoso ao sair de sua casa terá que se sujeitar a novos processos de adaptação o que pode implicar sofrimento.

Para colmatar esta necessidade de manter a população envelhecida no seu meio ambiente e, para que esta se sinta segura no que concerne ao seu bem-estar, surgem algumas respostas no âmbito dos serviços de telesaúde, ou seja, o uso das telecomunicações na prestação de cuidados de enfermagem aos utentes. Este dispositivo além de outros fins, permite uma resposta às necessidades de urgência, *“para muitos enfermeiros na área dos cuidados domiciliários, a assistência através dos meios de telecomunicação, cujo objectivo pretende ser o alcançar dos resultados esperados dos cuidados, representa uma nova perspectiva do conceito de cuidados, que ira dar início a um debate filosófico sobre o significado real do telecuidado* (Robyn Rice, 2004, pag.13).

Dos variados tipos de serviço dentro das telecomunicações existe a teleassistência domiciliária que funciona como uma central de assistência permanente, dando resposta a qualquer situação de emergência através de um sistema de comunicação rápido e seguro sem a necessidade da existência de um telefone ao alcance da mão, durante 365 dias por ano, 24 horas por dia.

Este sistema de telecomunicação pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

Ao pressionar o botão é estabelecido um contacto imediato através de um intercomunicador ligado ao telefone o qual é reconhecido pela Central de Assistência, aparecendo no monitor do computador da mesma, todos os dados relativos à pessoa que originou a ligação, (os dados são recolhidos com antecedência no acto da adesão e podem ir até 150). Na Central de Assistência, operadores com formação asseguram os contactos 24 horas por dia durante 365 dias por ano.

Neste sentido a ECCI da UCC de Loulé, a Junta de Freguesia do Ameixial e a Empresa de Tecnologias de Comunicação estabeleceram uma parceria, promovida pela minha pessoa, que se destinasse a todos os idosos da freguesia de modo a garantir a prevenção e segurança dos mesmos.

O contacto com esta empresa advém do conhecimento da mesma enquanto coordenadora da ECCI de Albufeira.

De modo a promover a implementação de um dispositivo de apoio ao idoso da Freguesia do Ameixial que envolvesse as parcerias acima referidas, foi necessário desenvolver as seguintes actividades:

- estabelecimento de contacto telefónico com o Coordenador de Operações da Empresa de Tecnologias de Comunicação, de forma a marcar uma reunião onde estivessem presentes todos os intervenientes. Houve alguma dificuldade em agendar esta reunião, pois nela iriam intervir diversos parceiros e um dos intervenientes, o Coordenador de Operações da empresa de teleassistência domiciliária, teria que deslocar-se do Porto até Loulé.

Por via telefónica, o responsável da empresa mencionada anteriormente, adiantou que cada aparelho tinha o custo de 200€, sendo que os restantes encargos seriam da responsabilidade dos utilizadores (valor da instalação e o do custo da chamada cada vez que fosse accionado o intercomunicador). Agendou-se reunião para dia 25 de Outubro de 2010. Esta conversa foi reportada ao Presidente da Junta de Freguesia.

- na reunião do dia 25 de Outubro estiveram presentes os parceiros acima mencionados excepto o Presidente da Junta de Freguesia, por motivos pessoais. Neste encontro comunicou-se aos mesmos, os dados obtidos através do diagnóstico da

situação, e a pertinência da promoção do projecto “SOS IDOSO”. Foram facultadas, por parte da empresa de telecomunicações várias modalidades de pagamento pelo serviço, que posteriormente iriam ser negociadas com o Presidente da Junta, que nesta parceria colaborava com o financiamento. Ficou previsto uma alternativa caso não se conseguisse o apoio por parte da Junta de Freguesia.

- após esta reunião existiram outras de carácter informal, bem como, contactos telefónicos, com o Presidente da Freguesia para ficar definido o financiamento. Numa fase inicial do projecto a Junta de Freguesia do Ameixial manifestou intenção de adquirir cinco aparelhos à Empresa de Telecomunicações. Estes aparelhos seriam disponibilizados aos utentes mediante critérios de selecção. Os utentes teriam que suportar o valor da instalação e o do custo da chamada cada vez que fosse accionado o intercomunicador.

Em inícios de Novembro de 2010, o Presidente da Junta de Freguesia, reiterou o que já havia verbalizado em meados de Outubro, que não poderia intervir no projecto nos moldes definidos anteriormente, por falta de verba e deficit no orçamento, o que ia de encontro com a conjuntura económica do País. Após esta informação e sua respectiva avaliação ficou visível que seria necessário mudar a estratégia de financiamento optando-se pela alternativa delineada na reunião de 25 de Outubro. A par desta situação foram-se mantendo contactos telefónicos com o Coordenador de Operações da teleassistência para lhe dar feedback do projecto e negociar novos valores.

Estas duas actividades foram importantes no desenvolvimento de novas duas competências enquanto futura especialista, pois ao longo deste módulo além de se ter que liderar esta parceria esteve sempre presente que seria importante ter uma alternativa, em termos de financiamento, caso a primeira solução encontrada não resultasse. É sabido que a enfermeira especialista aborda o limite, o risco e nesta situação essa premissa ficou bem demarcada.

Realizaram-se ainda as seguintes actividades:

- a redacção do projecto em si e, sua divulgação aos vários intervenientes desta parceria, profissionais da ECCI, bem como, aqueles que colaboraram neste propósito, (Anexo 10).

- criação de um “flyer” a divulgar o projecto à comunidade. Este foi distribuído na Junta de Freguesia do Ameixial, no Centro Comunitário do Barranco Velho, que presta apoio aos idosos residentes naquela freguesia, e dentro da própria ECCI (Anexo 9). Além deste folheto criou-se também uma folha de inscrição onde constassem alguns

dados do utente, a data do empréstimo e da entrega do aparelho de comunicação, (Anexo 8), de modo a efectuar o registo/base de dados dos utentes que usufruísem, ou manifestassem interesse em fruir dos intercomunicadores e assim proceder à elaboração de uma lista de espera caso fosse necessário.

Os recursos utilizados para a realização destas actividades foram os seguintes: os físicos, que incluíram, a sala da Coordenadora da ECCI; os humanos, a enfermeira orientadora do estágio, o Presidente da Junta de Freguesia do Ameixial, a Técnica Superior do Serviço Social, Coordenador de Operações da Teleassistência Domiciliária. As orientações e disponibilidade da Professora Orientadora, Amélia Simões Figueiredo foram mais uma vez muito relevantes e preciosas nesta fase do planeamento.

No final do módulo II em virtude de não se ter conseguido o financiamento, na aquisição de cinco intercomunicadores, por parte da Junta de Freguesia do Ameixial ficou decidido que se iria avançar com a segunda estratégia, onde os utentes que não reunissem os critérios de selecção (viver sozinho ou em situação de isolamento temporário ou permanente; carência económica comprovada pela avaliação social, elaborada pela Técnica Superior do Serviço Social), teriam que pagar 30€ de instalação, 19,95€ mensais e o valor da chamada. Estes seriam denominados por utentes privados; a Junta de Freguesia pagaria 750€ anuais por cinco intercomunicadores e, os utentes que reunissem os critérios de selecção poderiam usufruir de um destes aparelhos pagando apenas o valor da chamada.

2. Continuidade e replicação do projecto

Por sugestão da Enfermeira Orientadora do estágio, o módulo III realizou-se no mesmo local com o intuito de replicar/promover o projecto em outras duas freguesias do concelho, Benafim e Salir, de modo a que os três Presidentes de Junta conseguissem obter a verba para o financiamento do projecto. Sendo assim de seguida irar-se-á proceder a uma breve caracterização de ambas as freguesias.

Salir é uma freguesia que se situa a treze quilómetros de distância da sede de concelho, localizando-se na Beira Serra. Esta freguesia tem cerca de duzentos quilómetros e faz a transição entre o Barrocal e a Serra Algarvia. A sua base de subsistência é a agricultura.

Nos Censos de 2001 apresentava um valor percentual de 5,11 de população residente com um decréscimo populacional, entre 1991 e 2001, de -10,7. O índice de dependência de idosos passou de 0,48, em 1991, para 0,54 em 2001; quanto ao índice de envelhecimento no ano de 1991 era de 2,77 e no ano de 2001 de 4,17; a taxa de natalidade em 2001 foi de 2,9 e a de mortalidade de 19,18.

Em relação à freguesia de Benafim esta situa-se em pleno Barrocal, com cinquenta quilómetros. Em 2001 o valor percentual da população residente era de 1,93, com um decréscimo populacional de -10,2, entre o ano de 1991 e 2001; o índice de dependência de idosos passou, no mesmo período de tempo, de 0,50 para 0,58; o índice de envelhecimento no ano de 1991 era de 2,52 e no ano de 2001 de 4,14; a taxa de natalidade em 2001 foi de 1,2 e a de mortalidade de 17,53. De acordo com a sua localização geográfica também a sua base de subsistência é a agricultura.

Ambas freguesias estão envelhecidas, contribuindo também o fluxo migratório das zonas de serra e barrocal para o litoral, onde os jovens almejam por melhores condições de vida.

De forma a concretizar-se o objectivo de replicar o projecto nestas duas freguesias estabeleceu-se contacto telefónico com ambos os Presidentes de Junta, os quais já tinham conhecimento da promoção do dispositivo o qual eram da opinião de ser pertinente mas, em virtude dos cortes orçamentais que iriam ser afectos também não se poderiam comprometer com o financiamento do mesmo. Fez-se ainda nova reunião com o Presidente da Junta de Freguesia do Ameixial de modo a dar-lhe conhecimento do fim do estágio e o novo elemento que iria dar continuidade ao projecto, a Enfermeira Coordenadora da UCC de Loulé.

Decidiu-se então implementar o projecto através dos particulares, uma vez que já existiam utentes interessados na aquisição do serviço da teleassistência domiciliária.

Em **síntese**, podemos referir que estabeleceu-se um projecto de intervenção, que compreendeu um conjunto de actividades necessárias para a sua execução, com vista à resolução dos problemas identificados no módulo I – diagnóstico da situação. Para a sua consecução esteve sempre presente a optimização dos recursos humanos e financeiros, mobilizou-se os diversos parceiros do e, no projecto mas, devido à circunstância económica do País, as quais as Juntas de Freguesia foram afectas, não se executou o projecto como estava delineado numa fase inicial mas, com a alternativa encontrada pela equipa, ou seja, através dos particulares/utentes, uma vez que o projecto “SOS IDOSO” ia de encontro às necessidades sentidas por estes. É de salientar que o projecto

integrou o Plano de Acção da UCC Gentes de Loulé como carteira de serviços, ficando como responsável do mesmo a Enfermeira Coordenadora da ECCI, conforme referido anteriormente.

O programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os CSP como o pilar central do sistema de saúde. Actualmente a orientação política é no sentido de dar particular enfoque à reorganização dos CS que *“deverão providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo”* (DGS Plano Nacional de Saúde 2004/2010). Para tal foram implementadas as UCC. Para estas unidades estão previstas autonomia de gestão técnica, assistencial e funcional.

É de salientar que até aqui existia o cargo de Director do CS, que era exercido por um médico, o qual actualmente denomina-se de Coordenador. Também o cargo de Enfermeira Chefe desaparece e a única unidade que tem um Enfermeiro Coordenador é a UCC.

Esta unidade trabalha com e para a comunidade. Em Stanhope e Lancaster, (1999, pag.312), tendo por base o Expert Committee Report de Enfermagem Comunitária, encontramos a seguinte definição de comunidade, *“uma comunidade é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exhibe e cria normas, valores e instituições sociais”*. Como tal a área geográfica de intervenção de cada UCC, deverá abranger a área geográfica do respectivo CS tendo a possibilidade de realizar trabalho intersectorial em projectos de parceria com autarquias e instituições comunitárias.

As orientações que foram surgindo para a constituição e implementação das UCC são claras no que dizem respeito à constituição da equipa, esta deverá ter um conjunto de profissionais especializados na área comunitária e estes deverão trabalhar sob a perspectiva de equipa, de modo a potenciar as competências de cada grupo profissional, pois só assim se poderá estabelecer uma relação interpessoal e profissional estável a qual permitirá uma resposta de maior diferenciação e adequada às necessidades em cuidados de saúde da comunidade.

Em relação á intervenção comunitária, o êxito das suas actividades depende do conhecimento efectivo da comunidade onde a UCC está inserida, os quais inclui redes de suporte, recursos sociais e estabelecimento de parcerias.

Sendo assim os projectos a integrar a carteira de serviços da UCC deverão ter presente a realidade de saúde e social da sua área de intervenção. Neste sentido é fundamental o papel do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde comunitária não só na elaboração do diagnóstico da situação das necessidades reais e actuais, como também por responsabilizar-se em *“identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.”* (Diário da República, N.º35 – 18 de Fevereiro de 2011).

Fica patente a responsabilidade do enfermeiro coordenador da UCC, não só no que diz respeito à liderança do grupo como também à visibilidade para a comunidade do seu desempenho, do seu papel social. Actualmente a Enfermagem é vista como uma profissão com competências próprias conferindo-lhe uma autonomia e responsabilidade pela sua prática de cuidar.

Quando se procura conhecer, e estabelecer relações com os outros, a cognição e o afecto constituem aspectos inseparáveis, porque estão sempre presentes em qualquer actividade humana. A empatia (a consciência dos sentimentos, necessidades e preocupação com os outros) está relacionada com a competência social, ou seja, a capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros. Comportamento gera comportamento, e o do indivíduo afecta sempre positiva ou negativamente a relação que estabelece com o outro.

Sentimentos e emoções do tipo alegria, medo, ira, piedade, segurança ou insegurança são alguns factores que determinam atitudes e comportamentos. Logo, cuidar não pode ser de maneira alguma realizado como uma tarefa, pois desta forma a enfermagem pode correr o risco de ser vista como tecnicista em detrimento de uma imagem contraída na ajuda singular prestada à pessoa/comunidade.

O homem vive em sociedade e inevitavelmente em relação com o outro. Cada um ocupa uma determinada posição social que vai determinar o relacionamento com o outro. É impossível viver em sociedade sem ser influenciado e sem exercer a sua influência. Assim se formam atitudes de sinal positivo ou negativo.

As Representações Sociais poderão ser entendidas como factores produtores de realidade, com repercussões na forma como interpretamos o que nos acontece e que

acontece à nossa volta, ou seja «a representação é sempre a representação de qualquer coisa» (Vala, 2004).

Esta qualquer coisa pode ser um objecto, uma pessoa, um acontecimento material, físico ou social, um fenómeno natural, uma ideia.

Poder-se-á dizer que uma representação é social quando ela é produzida de uma forma colectiva, quando constitui um produto de interacções e fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, reflectindo assim projectos, problemas desse mesmo grupo, bem como este se relaciona com estes grupos.

Uma das funções da representação social é a diferenciação social relacionada com identidade social onde a especificidade da situação de cada grupo social contribui para a especificidade das suas representações.

Todos os membros de um grupo partem de um princípio de que cada um assume o seu papel em conformidade com o estatuto que tem no mesmo.

Papel é o conjunto de deveres que os membros do grupo ou da sociedade a que pertencemos esperam que cumpramos.

Estatuto é o conjunto das obrigações e dos comportamentos que legitimamente esperamos que os outros cumpram em virtude da nossa posição social.

Estatutos e papéis são modelos sociais de comportamento que dão a um indivíduo um quadro de referência relativamente estável para a relação com os outros.

Através da socialização que corresponde à aprendizagem mediante a qual um indivíduo se adaptou ao seu meio social interiorizando as suas normas, imagens e valores, configurando assim a sua identidade e o seu modo de ser e de conceber o mundo, o indivíduo dentro do seu grupo irá aprender e interiorizar o seu papel social.

Portanto, os papéis não são algo que dependa essencialmente da vontade do indivíduo, mas pertencem a um sistema de valores que orientam um grupo na procura e realização de objectivos e finalidades que lhes são próprios.

Os enfermeiros constituintes da UCC devem ter no seu enfermeiro coordenador um líder onde os seus comportamentos vão de encontro ao esperado pela equipa, de modo a orientar esta na concretização dos seus objectivos e finalidades que lhe são características.

A coordenadora da UCC – Gentes de Loulé e, orientadora deste estágio, tem essa responsabilidade acrescida, pois além de ter que liderar a sua equipa de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização, enfermagem comunitária, e

cumprir com o seu papel social dentro da equipa multidisciplinar, ainda tem a imputação enquanto natural da freguesia do Ameixial da representação que esta população tem e espera de si.

Segundo Roque Amaro (2004) as iniciativas locais de maior sucesso são as de iniciativa estritamente endógena e orientadas para a mobilização dos recursos locais. Como se pode constatar pelo que se referiu anteriormente o enfermeiro coordenador da UCC tem uma responsabilidade acrescida, não só com a sua equipa e comunidade onde a sua unidade está inserida, mas também em termos de papel/estatuto social. Nos CSP o enfermeiro coordenador da UCC é o único a desempenhar esta função, a de coordenação de uma equipa multidisciplinar. A sua representação social é de extrema importância, não descurando a de todos os outros enfermeiros que tão importantes são com o seu desempenho nos seus locais de trabalho, mas desta advém a identidade social uma vez que esta decorre da categorização social e relaciona-se com a comparação social. Para que a identidade social seja positiva, o próprio grupo deve ser percebido como distinto e diferenciado positivamente de outros grupos.

Em **síntese** a missão da UCC é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES. Para cumprir a sua missão esta unidade está em estreita articulação com as restantes equipas funcionais e população, para que ocorra uma mais-valia no processo de aquisição de competências em Saúde e na co-responsabilização em saúde da comunidade.

CONCLUSÃO

Numa análise global sobre este estágio, pode-se destacar que este foi positivo na medida em que os objectivos gerais, na globalidade, foram atingidos. Para tal as actividades foram sendo desenvolvidas de acordo com o cronograma estabelecido e registadas no portfolio que posteriormente revelou-se de uma ajuda preciosa como fio condutor para a realização deste relatório. Outro aspecto positivo deveu-se ao facto de este ter sido realizado no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados.

O trabalho realizado teve por base a inquietação vivenciada em contexto profissional enquanto Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Esta necessidade também era sentida pela ECCI de Loulé na figura da Enfermeira Orientadora de estágio e Coordenadora da UCC/ECCI de Loulé, o que permitiu que o seu desenvolvimento se processasse a partir das necessidades sentidas pelos próprios profissionais da ECCI, de modo a se poder proporcionar uma resposta mais eficaz, à problemática do envelhecimento demográfico e ao isolamento ao qual os idosos da freguesia do Ameixial, concelho de Loulé, estão submetidos.

Para além da descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas, com este relatório pretendeu-se uma reflexão acerca do modo como este trabalho contribuiu não só para a aquisição de conhecimentos e competências, como também para o crescimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária no âmbito dos Cuidados Saúde Primários (CSP).

No módulo I do estágio realizou-se o diagnóstico da situação tendo sido verificada a situação problemática previamente identificada e corroborada pela pesquisa bibliográfica, reuniões com os diferentes profissionais, tanto da ECCI como da comunidade e, entrevistas semi-estruturadas aos idosos que vivem naquele contexto rural.

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países, no qual Portugal também está incluído. Muitos são os factores que têm contribuído para o aumento da esperança de vida nomeadamente o melhoramento das condições de vida e saúde, progressos da medicina, descobertas farmacológicas e melhor nutrição. Todos estes acontecimentos contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade. Aliado a este factor assistimos ainda a um declínio da taxa de natalidade que juntamente com os

fluxos migratórios tem contribuído para o envelhecimento demográfico da população Portuguesa.

A esta conjuntura junta-se o facto de o nosso país vir a assistir a uma diminuição da população com menos de 15 anos de idade, em 1991 tinha uma percentagem de 19,7%, em 1997 de 16,8% e em 2001 16% (INE). Ao analisarmos a pirâmide etária é visível o seu estreitamento na base e o seu alargamento no topo, resultado da diminuição da percentagem de jovens e o aumento da percentagem da população idosa, sendo que a proporção de idosos suplantou a de jovens.

É um facto inegável o envelhecimento da população portuguesa, e prevê-se a continuação da diminuição da proporção da população jovem (13%), enquanto a população idosa irá aumentar (32%), isto para meados do presente século (até 2050).

O Ameixial freguesia serrana do concelho de Loulé é a mais afectada pela interiorização, com uma população muito envelhecida e onde o despovoamento é bastante acentuado, -32,3 % entre 1991, com 892 habitantes, e 2001 com 604 habitantes.

Neste sentido surge a necessidade de promover um dispositivo de apoio ao idoso que possa garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento. Esse sistema denomina-se de teleassistência domiciliária.

É de referir que dos quatro sujeitos entrevistados todos referiram viver sozinhos, mesmo quando acompanhados e, em relação aos conhecimentos sobre o serviço de telesaúde – teleassistência domiciliária – todos os inquiridos desconheciam este tipo de dispositivo de apoio, mas revelaram interesse no mesmo e a sua proficuidade desde que não fosse dispendioso.

Assim no módulo II, ficou bem patente, a pertinência da elaboração e implementação de um projecto de intervenção o qual se denominou de “SOS IDOSO”.

Sendo assim, a ECCI da UCC de Loulé, a Junta de Freguesia do Ameixial e a Empresa de Tecnologias de Comunicação estabeleceram uma parceria que se destinasse a todos os idosos da freguesia de modo a garantir a prevenção e segurança dos mesmos.

Numa fase inicial do projecto a Junta de Freguesia do Ameixial manifestou intenção de adquirir cinco aparelhos de teleassistência domiciliária. Estes aparelhos seriam disponibilizados aos utentes mediante critérios de selecção. Os utentes teriam

que suportar o valor da instalação e o do custo da chamada cada vez que fosse accionado o intercomunicador.

Porém devido à conjuntura económica que o País atravessa, em inícios de Novembro, o Presidente da Junta de Freguesia referiu não conseguir manter a sua parte na parceria pelo que foi necessário delinear novo plano, uma segunda estratégia.

O terceiro momento de estágio optou-se por realizar no mesmo contexto, com o intuito de replicar/promover o projecto em outras duas freguesias do concelho, Benafim e Salir, de modo a que os três Presidentes de Junta conseguissem obter a verba para o financiamento do projecto uma vez que o projecto “SOS IDOSO” ia de encontro às necessidades sentidas por estes. Ambas freguesias estão envelhecidas, contribuindo também o fluxo migratório das zonas de serra e barrocal para o litoral, onde os jovens almejam por melhores condições de vida.

É de salientar que o projecto integrou o Plano de Acção da UCC Gentes de Loulé como carteira de serviços.

A missão da UCC é *“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção”*, (Despacho nº10143/2009) e, em relação á sua intervenção comunitária, o êxito das suas actividades depende do conhecimento efectivo da comunidade onde está inserida, os quais inclui redes de suporte, recursos sociais e estabelecimento de parcerias.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública a responsabilidade de *“identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político”*, Diário da Republica, 2.ª serie – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011.

Neste sentido este estágio constituiu uma mais-valia em crescimento pessoal e profissional, pois permitiu aprofundar conhecimentos na área de especialização, a execução de determinadas actividades nunca antes concretizadas, como foi o caso da realização de entrevistas, da sua análise de conteúdo, a elaboração do desenho de projecto de intervenção em contexto rural, proporcionou a liderança em projectos/programas na comunidade envolvendo parcerias e a respectiva negociação de estratégias.

Foi ainda um momento de aprendizagem único e de grande riqueza, pois constituiu uma oportunidade para explorar valores e filosofias da natureza da enfermagem, que permitiram abordar o cuidar através de uma perspectiva diferente.

A título conclusivo, é pertinente citar Jean Watson (2002, pag.52) *“O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*.

As principais dificuldades e limitações do trabalho foram as de natureza metodológica, as quais foram ultrapassadas com empenho e dedicação.

Como nota final, realça-se que a declaração de intenções do projecto de estágio foi então alcançada, esperando no entanto, que tenha correspondido às expectativas de todos aqueles que incentivaram e apoiaram este projecto e, em muito particular, a todos os idosos da freguesia do Ameixial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARO, Rogério Roque – Um Conceito Ultrapassado ou em Renovação? – Da Teoria à Prática e da Prática à Teoria. Lisboa: Cadernos de Estudos Africanos, n.º 4, 2004

AZEVEDO, C. A. M.; AZEVEDO, A. G. – Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.

BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2008.

BERGER, Louise; POIRIER, Danielle – Pessoas Idosas - uma abordagem global. 1ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. – Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria dos Métodos. Porto: Porto Editora, 1994.

CARRILHO, Maria José; GONÇALVES, Cristina – Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. Revista de Estudos Demográficos - Nº 36 - 2.º Semestre de 2004. <http://www.ine.pt/>. 2010-05-09 22:30

COLLIÈRE, Marie-Françoise – Promover a Vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 5ª Ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, Maria Arminda M. – Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação de enfermeiros in Manual Sinais Vitais – O idoso – problemas e realidades. Coimbra: Formasau, 1999

FIGUEIREDO, Daniela – Cuidados Familiares ao idoso dependente contexto. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007.

IDS – Instituto para o Desenvolvimento Social – Portugueses com mais de 65 anos – breve caracterização estatísticas. Lisboa: IDS <http://www.advita.pt/>. 2010-05-09 23:00

IDS – Instituto para o Desenvolvimento Social – Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência. Lisboa: IDS <http://www.advita.pt/>. 2011-02-28 11:05

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Census 2001*. www.ine.pt/. 2010-04-20 23:00

IMAGINÁRIO, Cristina – O idoso dependente em contexto familiar Saúde. 2ª Ed. Coimbra: Formasau, 2008.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário – Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Edições da Saúde, 1986.

MACHADO, José Pedro – Grande Dicionário da Língua Portuguesa. Lisboa: Círculo de Leitores, 1991, vol. 2, p.

MACHADO, Maria do Céu – A esperança média de vida e os seus determinantes. www.janusonline.pt/. 2011-03-01 19:30

PAÚL, Constança; FONSECA, António M. – Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

PHIPPS, Wilma J.; LONG, Barbara C.; WOODS, Nancy F.; CASSMEYER, Virginia L. – Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica. 2ª Ed. Vol I, Lisboa: Lusodidacta, 1995.

RICE, Robyn – Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação. Loures: Lusociência, 2004.

SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – Anatomia e Fisiologia. 3ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1997.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1999.

VALA, Jorge.; MONTEIRO, Maria Benedicta – Psicologia Social. 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

VICENTE, Lília; SILVA, Leonel – Carta Educativa do Concelho de Loulé. Gráfica Comercial, 2006.

WATSON, Jean – Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Loures: Lusociência, 2002.

LEGISLAÇÃO

Constituição da República Portuguesa

Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho

Diário da República, 2.ª série – N.º 74 – 16 de Abril de 2009/Despacho n.º 10143/2009

Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011/Regulamento n.º 128/2011

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

(Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril)

ANEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

Objectivos	Ano Meses Semana Dias da Semana	2010																								2011			
		Abril/ Maio					Junho				Set.	Outubro				Novembro				Dezembro			Janeiro						
		1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	9.ª	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª	5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	1.ª	2.ª	3.ª	4.ª			5.ª	6.ª	7.ª	8.ª	
		19	26	3	10	17	24	31	7	14	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	
		24	30	8	15	22	29	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13	19	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	
3.1	- apresentação do serviço/equipa pelo enfermeiro orientador;																												
	- observação directa da estrutura do serviço;																												
	- esclarecimento de dúvidas com o enfermeiro orientador;																												
	- efectuar pesquisa no INE																												
	- efectuar entrevista exploratória à Enfermeira Coordenadora da ECCL;																												
	- efectuar entrevista exploratória a utentes integrados na ECCL, da freguesia do Ameixial;																												
3.2	- efectuar entrevistas às várias Instituições da freguesia e concelho;																												
	- Redigir o projecto 'SOS IDOSO'																												
3.3	- realizar reuniões informais com os Presidentes das Juntas de Freguesia de Salir e Benafim;																												
	- realizar reunião informal com o Presidente da Junta de Freguesia do Ameixial.																												

ANEXO 2

População Residente por Freguesia/Sexo

Fonte: INE – Censos 2001

Quadro - População Residente por Freguesia/Sexo

Zona Geográfica	Total HM	H	M	Valores Percentuais
Loulé Concelho	59160	29335	29825	100
Almancil	8799	4521	4278	14,88
Alte	2176	1078	1098	3,68
Ameixial	604	315	289	1,02
Benafim	1141	558	583	1,93
Boliqueime	4473	2192	2281	7,56
Quarteira	16129	7942	8187	27,26
Querença	788	392	396	1,33
Salir	3023	1544	1479	5,11
São Clemente	14406	7007	7399	24,35
São Sebastião	6734	3328	3406	11,38
Tôr	887	458	429	1,50

Fonte: INE – Censos 2001 - Dados Definitivos

ANEXO 3

Óbitos e Taxa de Mortalidade

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001

Quadro - Óbitos e Taxa de Mortalidade – 1991/2001

Zona Geográfica	Óbitos 1991	Taxa de Mortalidade 1991 - ‰	Óbitos 2001	Taxa de Mortalidade 2001 – ‰
Algarve	4294	12,58	4554	11,52
Loulé	689	14,79	719	12,15
Almancil	61	10,15	87	9,88
Alte	48	20,43	50	22,98
Ameixial	24	26,90	12	19,86
Benafim	24	18,88	20	17,53
Boliqueime	79	18,00	73	16,32
Quarteira	98	9,54	116	7,19
Querença	49	28,09	21	26,65
Salir	67	19,79	58	19,18
S. Clemente	143	13,03	180	12,49
S. Sebastião	96	18,14	87	12,92
Tôr	S/V	S/V	15	16,91

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001 – Informação Disponível não Publicada

ANEXO 4

Casamentos Dissolvidos e Taxa de Divórcio

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001

Quadro - Casamentos Dissolvidos e Taxa de Divórcio

Zona Geográfica	Total de Casamentos Dissolvidos	Casamentos Dissolvidos por Morte	Casamentos Dissolvidos por Divórcio	Taxa de Divórcio
Loulé	458	304	154	2,6
Almancil	49	30	19	2,2
Alte	25	25	0	0
Ameixial	4	4	0	0
Benafim	8	8	0	0
Boliqueime	37	29	8	1,8
Quarteira	101	52	49	3
Querença	10	10	0	0
Salir	27	25	2	0,7
S. Clemente	114	78	36	2,5
S. Sebastião	41	38	3	0,4
Tôr	5	5	0	0
Não Classificada	37	0	37	-

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001 – Informação Disponível não Publicada

ANEXO 5

Índices de dependência e envelhecimento

Fonte: INE – Censos 1991 e 2001

Quadro - Índices de Dependência e Envelhecimento

Zona Geográfica	Índice Dependência Idosos		Índice Dependência Jovens		Índice Dependência Total		Índice de Envelhecimento	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Algarve	0,27	0,28	0,28	0,22	0,54	0,50	0,97	1,28
Loulé Concelho	0,30	0,28	0,27	0,22	0,57	0,50	1,09	1,27
Almancil	0,21	0,19	0,31	0,23	0,51	0,41	0,68	0,82
Alte	0,52	0,65	0,18	0,14	0,71	0,79	2,84	4,57
Ameixial	0,63	0,96	0,20	0,11	0,83	1,07	3,22	8,45
Benafim	0,48	0,54	0,17	0,13	0,66	0,68	2,77	4,17
Boliqueime	0,44	0,38	0,25	0,22	0,60	0,60	1,36	1,77
Quarteira	0,15	0,15	0,32	0,24	0,47	0,40	0,45	0,63
Querença	0,59	0,69	0,17	0,14	0,76	0,83	3,42	4,87
Salir	0,50	0,58	0,20	0,14	0,70	0,72	2,52	4,14
São Clemente	0,26	0,27	0,27	0,23	0,53	0,50	0,94	1,20
São Sebastião	0,38	0,32	0,25	0,23	0,64	0,55	1,50	1,39
Tôr	0,40	0,51	0,21	0,19	0,62	0,70	1,88	2,75

Fonte: INE – Censos 1991 e 2001 - Dados Definitivos

ANEXO 6

Guião de Entrevista ao idoso

Guião de Entrevista ao idoso

Identificação da pessoa

Data da entrevista:

Nome:

Freguesia:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Entrevista

1. Nasceu aqui no Ameixial?
2. Sempre viveu aqui?
3. Com quem vive?
 - 3.1 Se sozinho, visitam-no?
4. Prestam algum tipo de ajuda?
5. Já ouviu falar da Teleassistência?

(Se a resposta for não, explicar em que consiste)
6. Qual a sua opinião sobre o serviço?
7. Quais os aspectos positivos que realça?

ANEXO 7

Grelha de análise às entrevistas

Quadro – Grelha de Análise

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Envelhecimento (Demográfico)?	Solidão	“vivo sozinho”;(E1) “com a minha patroa, vivo sozinho mais ela”(E4)
Rede de Suporte	Formal	“à casa e tudo, roupinha lavada, [...]venho aqui tomar banho todas as segundas feiras”;(E2) “tenho aqui no lar[...]aqui só vimos uma vez por semana”(E4)
	Informal	“não há ajuda de ninguém que eu havia de ter ido para um lar[...]a minha irmã é que vem tratar de mim”;(E1) “não ajuda ninguém[...]pois peço aos vizinhos”(E3)
Telecomunicações	Conhecimentos	“não tenho ouvido falar disso”;(E3) “não, não tenho assim lembrança”(E4)
	Utilidade	“se for assim eu quero”;(E2) “...se fosse uma coisa que não fosse assim muito cara[...]seria muito bom”(E4)

ANEXO 8

Ficha de inscrição



Unidade Funcional de Loulé

UCC Gentes de Loulé

Processo ECCI Nº _____

Data da recepção do pedido: ____/____/____

Data do Acolhimento: ____/____/____

Nome: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____

Morada: _____

Contacto Preferencial (Parentesco e Nome): _____ Telefone: _____

Tipologia Familiar: _____ Médico de Família: _____

Data do empréstimo: ____/____/____

Data da entrega : ____/____/____



ANEXO 9

Folheto Promocional

ESTE SISTEMA OFERECE TRÊS TIPOS DE SERVIÇOS:

EMERGÊNCIA 24

Envio urgente de médicos, enfermeiros, ambulâncias, policia e bombeiros

Contactos com familiares e amigos

Voz amiga / Solidão

MEDIPHONE 24

Assessoria médica pelo telefone

Indicação sobre clínicas, hospitais e farmácias de serviço

Serviço de Alerta: contactos agendados a pedido do cliente

ASSISTÊNCIA 24

Envio de profissionais experientes: canalizadores, pintores, electricistas...



PARA MAIS INFORMAÇÕES
contactar a ECCI de Loulé através número
927403572

SOS IDOSO
TELEASSISTÊNCIA

COMO FUNCIONA

A Teleassistência domiciliária funciona como uma central de assistência permanente, dando resposta a qualquer situação de emergência através de um sistema de comunicação rápido e seguro, sem a necessidade da existência de um telefone ao alcance da mão, durante 365 dias por ano, 24 horas por dia.

Ao pressionar o botão é estabelecido um contacto imediato através de um intercomunicador ligado ao telefone o qual é reconhecido pela Central de Assistência, aparecendo no monitor do computador da mesma, todos os dados relativos à pessoa que originou a ligação, (os dados são recolhidos com antecedência no acto da adesão e podem ir até 150). Na Central de Assistência, operadores com formação asseguram os contactos 24 horas por dia durante 365 dias por ano.

O intercomunicador pela sua alta tecnologia é suficientemente sensível para captar com excelente nitidez o mais pequeno ruído em qualquer parte da casa, e para estabelecer de uma forma clara a conversação entre o idoso e o operador, numa área de 200 m².



OBJECTIVOS

Este sistema de telecomunicação pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

VANTAGENS

Ao subscrever o serviço é entregue ao idoso um cartão cliente com o número azul para o qual poderá ligar quando se encontrar fora do domicílio, caso necessite de ajuda, para tal basta mencionar o número cliente indicado no cartão e o local do país onde se encontra e terá direito a todos os serviços de assistência disponibilizados pela Teleassistência.

DESTINATÁRIOS

Este serviço, destina-se a todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, integradas na ECCL (Equipa de cuidados continuados integrados) de Loulé, que vivam sozinhas ou em situação de isolamento permanente ou temporário. Os serviços podem também abranger pessoas cuja idade seja inferior aos 65 anos, embora cada situação esteja sujeita a avaliação.



ANEXO 10

Projecto “SOS Idoso”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ARS ALGARVE, I.P.



Unidade funcional de Loulé

SOS IDOSO





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

SOS IDOSO

PROJECTO DE ESTÁGIO

Aluno: Vera Coelho

Nº 192009073

Sob orientação de: Prof. Amélia Simões Figueiredo

Enf.^a Emiliana Martins

Lisboa, Novembro de 2010

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE GERAL

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Envelhecimento Demográfico	5
2.2. Caracterização do Concelho de Loulé/Freguesia Ameixial	9
2.3. Envelhecimento	25
3. TELEASSISTÊNCIA	30
4. PROJECTO SOS IDOSO	32
5. FONTES DE INFORMAÇÃO	34

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

O trabalho que realizámos tem por base algumas inquietações, primeiro enquanto Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados de Albufeira, (ECCI) e, segundo como aluna do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. O Projecto de Estágio intitula-se “SOS Idoso” e consiste na criação de um dispositivo de apoio ao idoso que integre a teleassistência, na ECCI de Loulé.

O Concelho de Loulé é constituído por onze freguesias, sendo uma delas a do Ameixial, a qual se reporta este estudo. O Ameixial é uma freguesia serrana, na partilha com o Alentejo, situada a cerca de cinquenta quilómetros da sede do concelho, tem uma área de 121,35 km² e, em 2001 tinha 604 habitantes sendo que o índice de envelhecimento passou de 3,22 no ano de 1991 para 8,45 no ano de 2001. Verifica-se um número considerável de idosos isolados, com recursos económicos escassos e fracos conhecimentos para a resolução de diversos problemas, onde os enfermeiros são os profissionais na primeira linha para intervir e encaminhar os utentes para os diferentes recursos da comunidade.

O objectivo geral da ECCI é a *“prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*, sendo assim este é um projecto da ECCI de Loulé inserida na UCC, Gentes de Loulé.

Com este projecto pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas residentes no Concelho de Loulé, especificamente na freguesia do Ameixial, e se possível replicá-lo a outras freguesias do Concelho bem como a outras unidades Funcionais deste ACES.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países, no qual Portugal também está incluído.

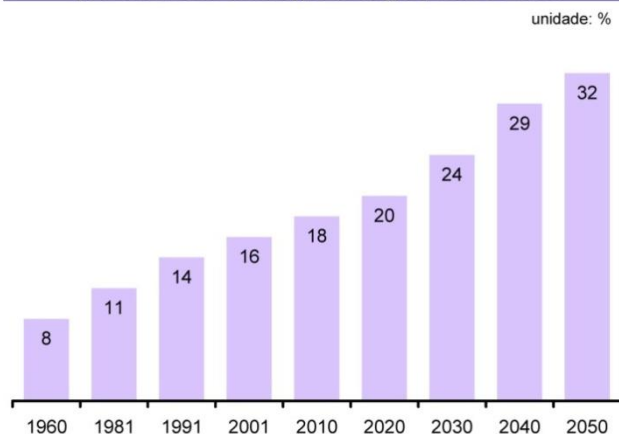
Como fenómeno, o envelhecimento demográfico é novo na perspectiva histórica. Segundo Ruiz in Cristina Imaginário (2008, p.23) “ *a esperança de vida à nascença tem variado ao longo dos tempos e o limite máximo de vida pode variar entre os 120-125 anos. Entre os romanos era de 18 anos, no século XVII, de 25 anos, e no século XVIII, de 30.*”

Muitos são os factores que têm contribuído para o aumento da esperança de vida nomeadamente o melhoramento das condições de vida e saúde, progressos da medicina, descobertas farmacológicas e melhor nutrição. Todos estes acontecimentos contribuíram para a diminuição da taxa de mortalidade. Aliado a este factor assistimos ainda a um declínio da taxa de natalidade que juntamente com os fluxos migratórios tem contribuído para o envelhecimento demográfico da população Portuguesa.

“ *Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos cinquenta anos, representando em 2050, 32% do total da população*” (Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento).

Quadro 1

Evolução da proporção da população idosa (65 ou mais anos), Portugal, 1960-2050



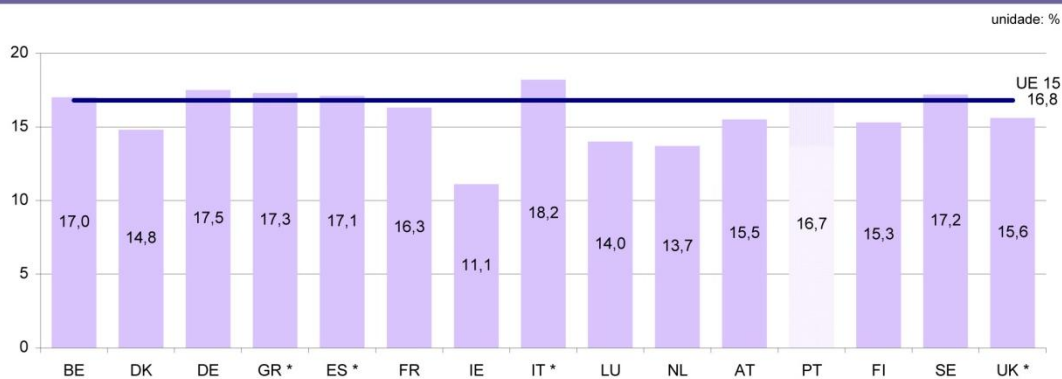
Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1960 a 2001 e Projeções de População Residente, 2000-2050

É de salientar que entre 1991 e 1997, aumentou em cerca de 159 000 pessoas com 65 e mais anos, sendo que no mesmo período houve um acréscimo de mais de 14 000 pessoas com 85 e mais anos. (IDS, 1999).

O grau de envelhecimento demográfico de Portugal enquadra-se no restante panorama Comunitário. “ Em 1 de Janeiro de 2002 a população da Europa do Sul, e em particular a Itália, apresentava-se como a mais envelhecida dentro da União Europeia, então com 15 estados membros, e Portugal inseria-se na média comunitária (16,8%) ”. (Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento).

Quadro 2

Proporção da população idosa (65 ou mais anos), União Europeia (15), 2002

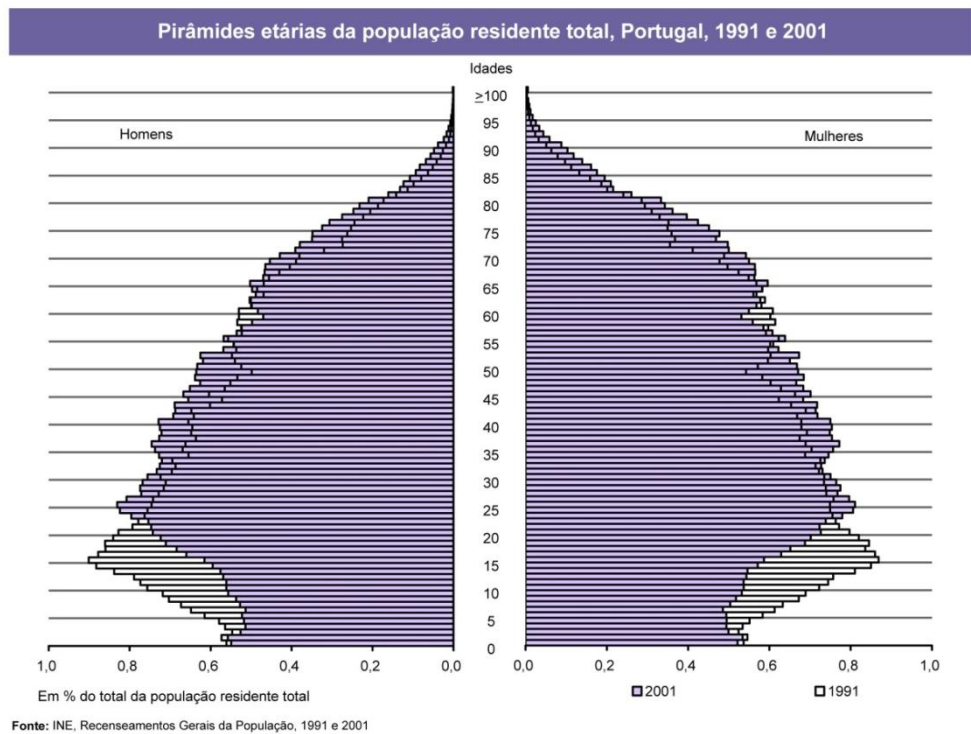


(*) Espanha (ES) dados de 2001; Itália (IT) e Reino Unido (UK) dados de 2000; Grécia (GR) dados de 1999

Fonte: Eurostat (on-line)

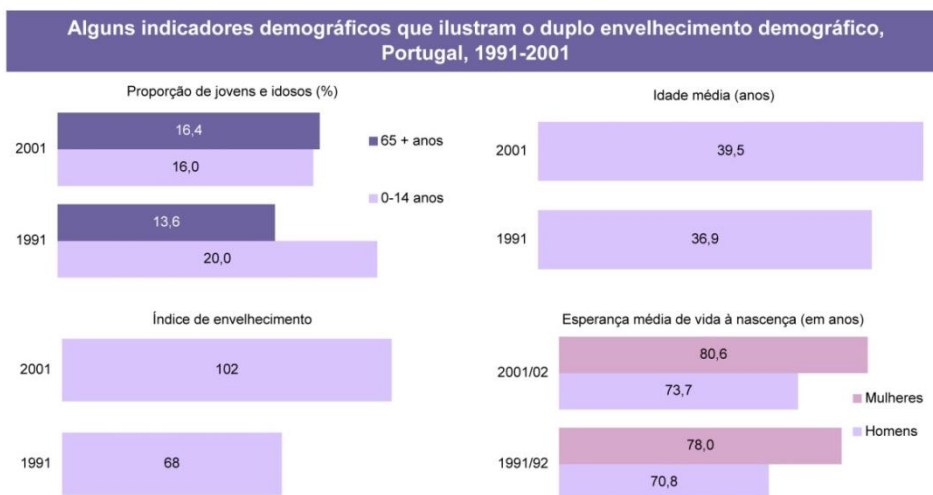
A esta conjuntura junta-se o facto de o nosso país vir a assistir a uma diminuição da população com menos de 15 anos de idade, em 1991 tinha uma percentagem de 19,7%, em 1997 de 16,8% e em 2001 16% (INE). Ao analisarmos a pirâmide etária é visível o seu estreitamento na base e o seu alargamento no topo, resultado da diminuição da percentagem de jovens e o aumento da percentagem da população idosa, sendo que a proporção de idosos suplantou a de jovens.

Figura 1



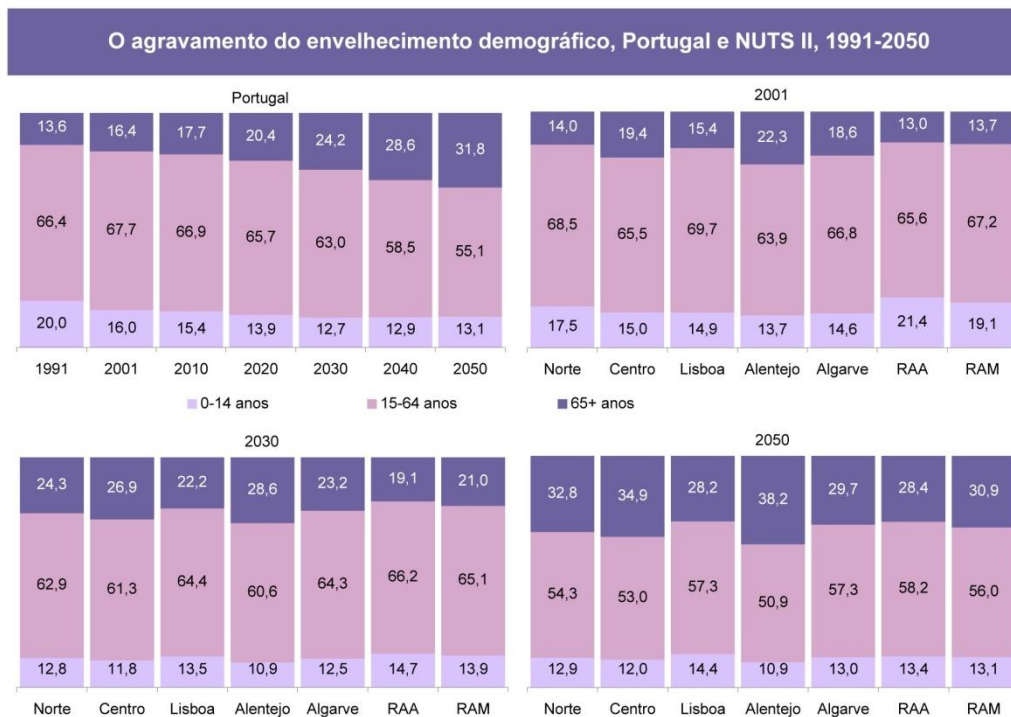
No período compreendido entre 1991 e 1997, o índice de envelhecimento subiu de 71,4% para 88,5%, e o índice de dependência de idosos passou de 20,7 para 22,2. Em 2001 estimava-se que existiam 102 idosos para 100 jovens (com menos de 15 anos).

Quadro 3



É um facto inegável o envelhecimento da população portuguesa, e prevê-se a continuação da diminuição da proporção da população jovem (13%), enquanto a população idosa irá aumentar (32%), isto para meados do presente século (até 2050).

Quadro 4



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População, 1991 e 2001 e Projeções de População Residente

Mobilidade Geográfica

O aumento da mobilidade geográfica dos indivíduos em idade activa para as cidades, com o objectivo de encontrar melhores condições de vida nomeadamente as que concernem às ofertas de emprego, acarreta muitas vezes, com que mais idosos fiquem a viver em zonas rurais e os seus familiares, mais jovens nas cidades.

“ O rural pode ser definido em termos da localização geográfica e densidade populacional, ou pode ser descrito em termos de distância (ex. 30 km) ou de tempo (ex. 30 minutos) para ter acesso a um centro urbano” (Stanhope, Lancaster, 1999, pag. 342). É nesta definição que se enquadra a freguesia do Ameixial, Concelho de Loulé, Distrito de Faro, a qual serviu de estudo para este projecto.

2.2 Caracterização do Concelho de Loulé/ Freguesia Ameixial

O Concelho de Loulé, inserido na região NUTS II Algarve, distrito de Faro, abrange uma área de 765 km² representando 15,3% da superfície do Algarve, sendo o maior município desta região.

Figura 2 – Mapa da região



A região de Loulé estende-se “desde o mar até à serra, o terreno eleva-se gradualmente até atingir o ponto mais alto da Serra do Caldeirão – os Pelados – com 589 m de altitude”, (Carta Educativa do Concelho de Loulé, pag. 25).

Pode ainda ser dividido de acordo com a sua tipologia orográfica: litoral (12%), Barrocal (37%), Beira Serra (5%) e a Serra (46%).

Está limitado a norte com o concelho de Almodôvar – Alentejo, a nascente com os concelhos de Faro, S. Brás de Alportel, Tavira e Alcoutim, a poente com os concelhos de Silves e Albufeira e a sul com o Oceano Atlântico.

Está dividido em 11 freguesias: Almancil, Alte, Ameixial, Benafim, Boliqueime, Quarteira, Querença, Salir, S. Clemente, S. Sebastião e Tôr.

Análise Sócio-Demográfica

Em 2001, a população residente concentrava-se principalmente nas áreas urbanas (Quarteira, S. Clemente e S. Sebastião) com 37269 habitantes, cerca de 63% da população residente.

Quadro 5 - População Residente por Freguesia/Sexo

Zona Geográfica	Total HM	H	M	Valores Percentuais
Loulé Concelho	59160	29335	29825	100
Almancil	8799	4521	4278	14,88
Alte	2176	1078	1098	3,68
Ameixial	604	315	289	1,02
Benafim	1141	558	583	1,93
Boliqueime	4473	2192	2281	7,56
Quarteira	16129	7942	8187	27,26
Querença	788	392	396	1,33
Salir	3023	1544	1479	5,11
São Clemente	14406	7007	7399	24,35
São Sebastião	6734	3328	3406	11,38
Tôr	887	458	429	1,50

Fonte: INE – Censos 2001 - Dados Definitivos

Pelo quadro verifica-se o desequilíbrio da distribuição intra concelhia, caracterizado por assimetrias populacionais, opondo a faixa litoral ao interior serrano. Todavia, nos anos 40/50, Alte e Salir pela importância da sua actividade agrícola, no

ramo da silvicultura e extracção de cortiça, eram as freguesias com maior efectivo populacional do concelho (com excepção das freguesias urbanas).

É a partir da década de 70/80 que as freguesias de Quarteira, Almancil e S. Clemente crescem em detrimento das freguesias do interior, notando-se uma mudança na dinâmica populacional concelhia.

Quadro 6 – Evolução da População por Freguesias

Zona Geográfica	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Loulé Concelho	52081	50953	45126	36065	44051	46585	59160
Almancil	4521	4618	3803	3715	5560	7681	8799
Alte	6999	7120	6157	4460	4050	2352	2176
Ameixial	1939	1999	1874	1545	1119	873	604
Benafim	0	0	0	0	0	1310	1141
Boliqueime	5638	5335	4796	3575	3804	4463	4473
Quarteira	3038	3779	3798	3275	7867	12229	16129
Querença	3229	2868	2641	1795	1794	1773	788
Salir	6791	6507	5905	4585	3641	3395	3023
São Clemente	11288	10796	9325	8305	10755	10977	14406
São Sebastião	8638	7931	6827	4810	5461	5168	6734
Tôr	0	0	0	0	0	0	887

Fonte: Plano Director Municipal – Demografia

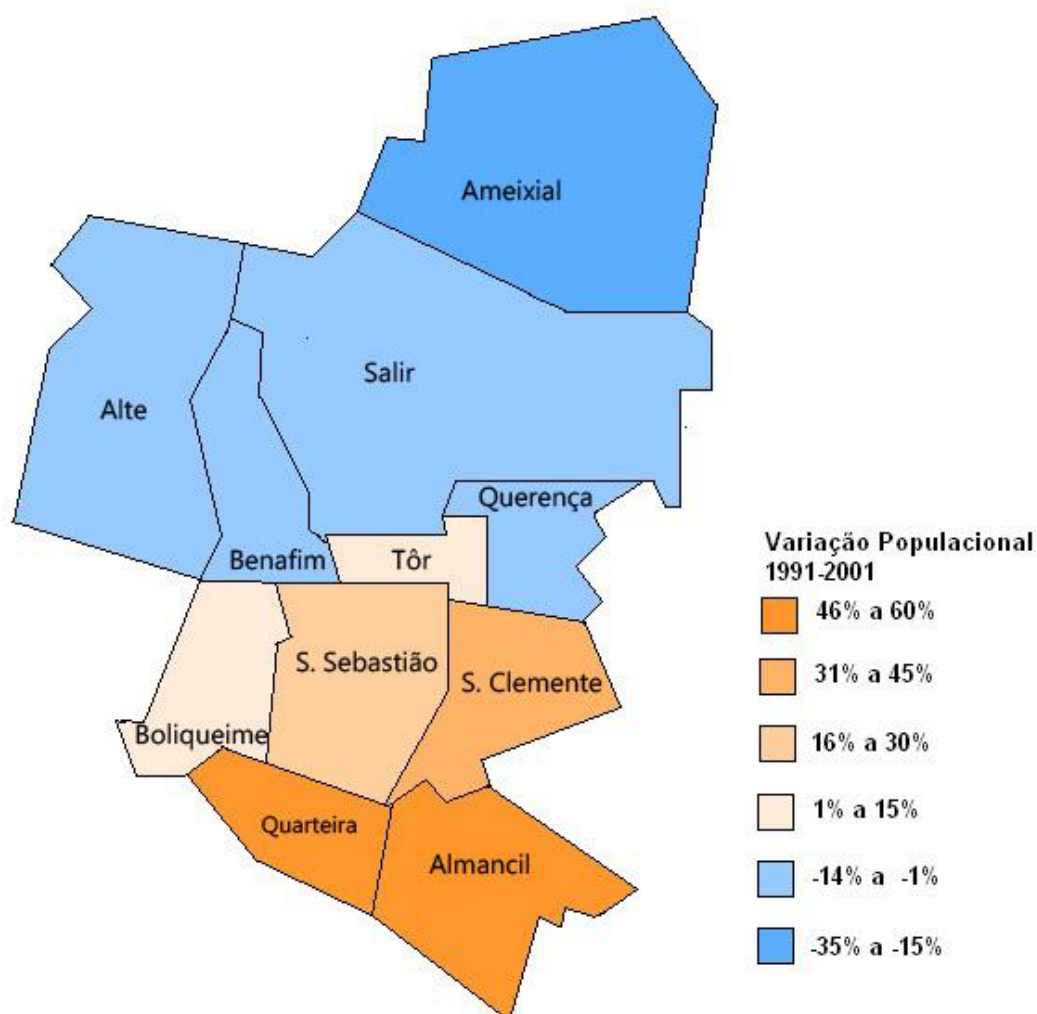
INE – Censos 1991 e 2001 - Dados Definitivos

Entre 1991 e 2001 o Concelho de Loulé verificou uma variação, passando a ser o mais povoado do distrito de Faro, representando cerca de 14,96% da Região Algarve.

Apesar da taxa de crescimento da população do concelho, algumas freguesias sofreram decréscimos populacionais, nomeadamente Ameixial (-32,3%), Salir (-10,7%), Benafim (-10,2%), Querença (-9,3%) e Alte (-7,4%).

Contribuiu para o acréscimo da população residente no litoral, o clima, as novas infra-estruturas de apoio, a melhoria das acessibilidades, o aumento da oferta de emprego, entre outros factores reveladores de melhor qualidade de vida. Em contrapartida, a desertificação do interior ficou-se a dever ao progressivo envelhecimento das populações, bem como ao êxodo para as zonas do litoral das populações mais jovens.

Figura 3 - **Variações Populacionais por Freguesia - 2001**



Quadro 7 – População Residente por Freguesia e Escalão Etário – 1991/2001

Zona Geográfica	1991				2001			
	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 ou + anos	0-14 anos	15-24 anos	25 – 64 anos	65 ou + anos
Algarve	60963	48380	172966	59095	57792	51926	211947	73613
Loulé Concelho	8042	6229	23527	8787	8701	7799	31640	11020
Almancil	1213	864	3110	825	1419	1292	4928	1160
Alte	253	265	1112	719	172	178	1040	786
Ameixial	96	94	393	309	33	50	242	279
Benafim	134	142	624	371	89	97	584	371
Boliqueime	697	507	2337	946	603	474	2327	1069
Quarteira	2265	1636	5348	1026	2819	2441	9083	1786
Querença	201	187	847	509	61	74	356	297
Salir	395	383	1610	997	246	308	1451	1018
São Clemente	1964	1530	5631	1853	2169	1970	7664	2603
São Sebastião	824	621	2615	1232	993	824	3533	1384
Tôr	-	-	-	-	97	91	432	267

Fonte: INE – Censos 2001 - Dados Definitivos

Quadro 8 - Variações Percentuais da População Residente por Freguesia e Escalão Etário

Zona Geográfica	Variação Total	Variação entre 1991 e 2001 (%)			
		Grupos Etários			
		0-14	15-24	25-64	65 ou +
Algarve	15,8	-5,3	7,3	22,5	24,6
Loulé Concelho	27	8,2	25,2	34,5	25,4
Almancil	46,4	17	49,5	58,5	40,6
Alte	-7,4	-32	-32,8	-6,5	9,3
Ameixial	-32,3	-65,6	-46,8	-38,4	-9,7
Benafim	-10,3	-33,6	-31,7	-6,4	0
Boliqueime	2	-13,5	-6,5	4	13
Quarteira	57	24,5	49,2	69,8	74,1

Fonte: INE – Censos 2001 - Dados Definitivos

Densidade Populacional

Da década de 40 à década de 60 eram as freguesias do intermédio barrocal que apresentavam as maiores densidades, ou seja, maior número de habitantes por km², sendo a área urbana a verificar valores mais elevados.

Foi a partir de 1981 que começou-se a acentuar a diferenciação do povoamento entre o litoral e o interior, passando o primeiro a ganhar população em detrimento do segundo.

Quadro 9 – Evolução da Densidade Populacional por Freguesia

Zona Geográfica	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Loulé Concelho	68,1	66,6	58,9	47,1	57,6	60,9	77,3
Almancil	77,6	73,01	60,2	58,8	88,00	107,5	138,8
Alte	48,1	48,9	42,3	30,6	27,8	25	23
Ameixial	15,9	16,5	15,4	12,7	9,2	7,4	4,9
Benafim	0	0	0	0	0	23,1	21,7
Boliqueime	136,2	128,9	115,9	86,4	91,9	102,4	96,8
Quarteira	81,6	100	100,5	86,7	208,2	334,8	426,7
Querença	55	48,9	45	30,6	30,6	29,6	23,5
Salir	36,1	34,6	31,4	24,4	19,4	19,9	16,1
São Clemente	249,5	238,6	206,1	183,5	237,7	274,7	309,1
São Sebastião	135,5	124,4	107,1	75,5	85,7	102,3	107,4
Tôr	0	0	0	0	0	0	55,8

Fonte: Plano Director Municipal – Demografia

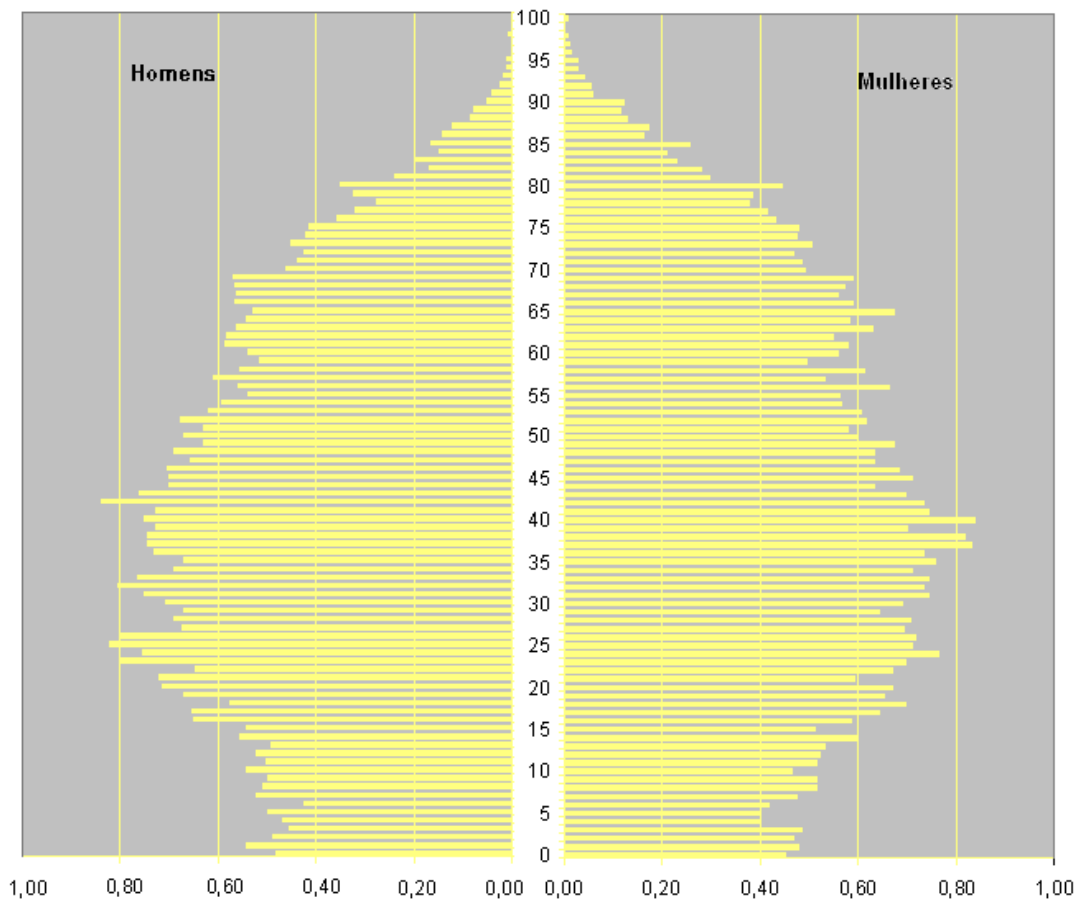
INE – Censos 1991 e 2001 - Dados Definitivos

Estrutura Etária

A distribuição etária no concelho tem modificado ao longo das décadas. Em 1940 a pirâmide revelava uma população jovem e em crescimento. Com uma base larga e um topo muito reduzido, era o resultado de uma elevada taxa de natalidade e um baixo índice de envelhecimento.

Em 1970-1981 as pirâmides são mais equilibradas conforme a tendência nacional, entre 1991 e 2001 verificou-se no concelho um constante decréscimo da população mais jovens, contribuindo para o estreitar da pirâmide na sua base, com a população em idade activa a adquirir maior destaque. Simultaneamente o envelhecimento da população conferiu à pirâmide um alargamento do seu topo.

Figura 4 - Pirâmide Etária do Concelho 2001



Em % do total da população residente no Concelho

Índice de Dependência e Envelhecimento

O índice de dependência de idosos, que nos apresenta a relação entre a população idosa e a população em idade activa, teve maior expressão nas freguesias de Ameixial (96 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa) e Querença (69 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa).

Quadro 10 - Índices de Dependência e Envelhecimento

Zona Geográfica	Índice Dependência Idosos		Índice Dependência Jovens		Índice Dependência Total		Índice de Envelhecimento	
	1991	2001	1991	2001	1991	2001	1991	2001
Algarve	0,27	0,28	0,28	0,22	0,54	0,50	0,97	1,28
Loulé Concelho	0,30	0,28	0,27	0,22	0,57	0,50	1,09	1,27
Almancil	0,21	0,19	0,31	0,23	0,51	0,41	0,68	0,82
Alte	0,52	0,65	0,18	0,14	0,71	0,79	2,84	4,57
Ameixial	0,63	0,96	0,20	0,11	0,83	1,07	3,22	8,45
Benafim	0,48	0,54	0,17	0,13	0,66	0,68	2,77	4,17
Boliqueime	0,44	0,38	0,25	0,22	0,60	0,60	1,36	1,77
Quarteira	0,15	0,15	0,32	0,24	0,47	0,40	0,45	0,63
Querença	0,59	0,69	0,17	0,14	0,76	0,83	3,42	4,87
Salir	0,50	0,58	0,20	0,14	0,70	0,72	2,52	4,14
São Clemente	0,26	0,27	0,27	0,23	0,53	0,50	0,94	1,20
São Sebastião	0,38	0,32	0,25	0,23	0,64	0,55	1,50	1,39
Tôr	0,40	0,51	0,21	0,19	0,62	0,70	1,88	2,75

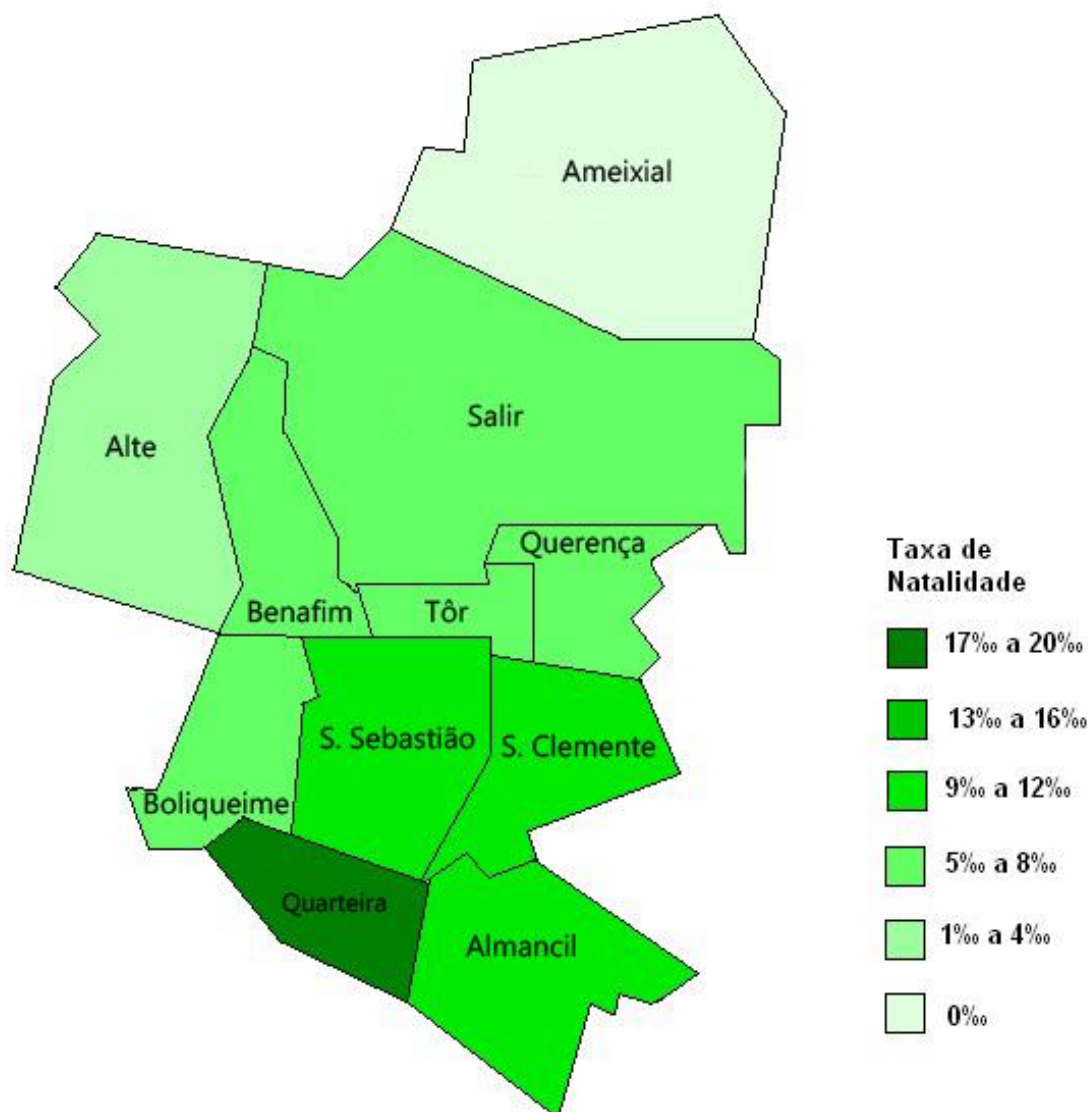
Fonte: INE – Censos 1991 e 2001 - Dados Definitivos

Como se pode ver pelo quadro 6, são nas freguesias do interior que o número de jovens é menos significativo que o número de idosos, valores que contribuem para o aumento dos índices de envelhecimento. Em 1991 por cada 100 jovens existiam 109 idosos passando este número para 127 no ano de 2001.

Taxa de Natalidade

Em relação à taxa de natalidade verificou-se um decréscimo de 1,54% entre os censos de 1991 e 2001, contribuíram para esta diminuição as freguesias do interior, nomeadamente Ameixial, Alte e Querença com taxas de natalidade respectivamente de 0%, 3,68% e 6,35%. As freguesias de Quarteira (17,73%), Almancil (11,25%) e S. Sebastião (10,84%) foram as que apresentaram maiores valores de taxa de natalidade.

Figura 5 - Taxa de Natalidade por Freguesias



Taxa de Mortalidade

A mortalidade no concelho passou de 14,79% em 1991 para 12,15% em 2001, valor superior à região do Algarve (11,52%), porém este decréscimo não está relacionado com a diminuição do número de óbitos (sofreu um aumento de 30 óbitos em relação a 1991), mas sim o acréscimo populacional.

As maiores taxas de mortalidade registaram-se nas freguesias de Querença (26,65%), Alte (22,98%) e Ameixial (19,86%).

Quadro 11 – Óbitos e Taxa de Mortalidade – 1991/2001

Zona Geográfica	Óbitos 1991	Taxa de Mortalidade 1991 - ‰	Óbitos 2001	Taxa de Mortalidade 2001 - ‰
Algarve	4294	12,58	4554	11,52
Loulé	689	14,79	719	12,15
Almancil	61	10,15	87	9,88
Alte	48	20,43	50	22,98
Ameixial	24	26,90	12	19,86
Benafim	24	18,88	20	17,53
Boliqueime	79	18,00	73	16,32
Quarteira	98	9,54	116	7,19
Querença	49	28,09	21	26,65
Salir	67	19,79	58	19,18
S. Clemente	143	13,03	180	12,49
S. Sebastião	96	18,14	87	12,92
Tôr	S/V	S/V	15	16,91

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001 – Informação Disponível não Publicada

Nível de Instrução

Em 2001 50,7% dos indivíduos do concelho não sabia ler nem escrever ou possuía apenas o 1º ciclo do ensino básico; 41,1% dos indivíduos com 15 ou mais anos possuía pelo menos o 3º ciclo do ensino básico completo.

Ao nível do ensino secundário, bacharelato e licenciatura verificou-se uma maior proporção de índice no sexo feminino.

A taxa de analfabetismo no concelho era em 2001 de 9,2% sendo mais incidente no sexo feminino (10,3%) do que no masculino (8%).

Freguesia do Ameixial

Machial assim pronunciam os habitantes mais antigos desta freguesia, e este parece ser realmente o seu nome primitivo, pois em alguns manuscritos antigos assim está redigido o seu nome. É de salientar que Machial no antigo português significa “*monte abundante em plantas e arbustos silvestres, circunstancia que bem se aplica á região onde a freguesia está situada*”. (Monografia do Concelho de Loulé, pag. 141)

Era cultivada pelos seus habitantes com lavouras de trigo, cevada e centeio. “*Tem varias hortas, que se regam com fontes, que nascem da serra, e nellas muitas fructas de varias sortes. Alem destas produz esta serra muitas bolotas, com as quaes criam seus moradores muitas porcadas, que as pessoas de outras terras ali vão comprar. Cria tambem alem dos porcos muito gado de lã e pello, muitas colmêas e muita caça grossa e miúda, rasteira e do ar; javalis, veados, lebres, coelhos, perdizes e outra caça. O clima é demasiadamente frio no inverno, e da mesma sorte quente no verão.*” (Monografia do Concelho de Loulé, pag. 142)

A freguesia do Ameixial situa-se na extremidade Nordeste do Concelho de Loulé, a cerca de 35 km da sede do mesmo. Faz fronteira a Noroeste e a Norte com Almodôvar, a Nordeste com Alcoutim, a Oeste-Este fica o Município de Tavira e a Sul a freguesia de Salir.

Como já foi referido anteriormente é esta a freguesia do Concelho mais afectada pela interiorização, com uma população muito envelhecida e onde o despovoamento é bastante acentuado, -32,3 % entre 1991, com 892 habitantes, e 2001 com 604 habitantes.

Estes 604 habitantes estão distribuídos por 123,95 km² e por 14 lugares. O maior aglomerado é a sede de freguesia com 174 habitantes aproximadamente.

Como mencionado anteriormente, (figura 5), a taxa de natalidade na freguesia do Ameixial foi de 0%, e a taxa de mortalidade 19,86%, (quadro 11), correspondendo a 12 óbitos no ano de 2001, sendo que este número diminui em relação ao ano de 1991.

No concelho de Loulé foram celebrados 227 casamentos no ano 2001, dos quais 127 civis e 100 católicos (quadro 12). As freguesias que registaram maior número de casamentos foram respectivamente Quarteira e S. Clemente com 5,1 casamentos por cada mil habitantes.

A nupcialidade no concelho atingiu uma taxa de 3,8‰, valor abaixo dos 4,7‰ verificados na região Algarve.

A freguesia do Ameixial apresentou novamente uma taxa nula, não havendo registo de casamentos no ano 2001.

Quadro 12 – Taxa de Nupcialidade e Casamentos por Freguesia segundo a Forma de Celebração

Zona Geográfica	Taxa de Nupcialidade ‰	Total de Casamentos n.º	Casamentos Cíveis n.º	Casamentos Católicos n.º
Loulé	3,8	227	127	100
Almancil	2,8	25	14	11
Alte	2,3	5	1	4
Ameixial	0	0	0	0
Benafim	2,6	3	2	1
Boliqueime	2,5	11	4	7
Quarteira	5,1	82	48	34
Querença	5,1	4	2	2
Salir	2,3	7	5	2
S. Clemente	4,7	67	39	28
S. Sebastião	3	20	11	9
Tôr	3,4	3	1	2

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001 – Informação Disponível não Publicada

Relativamente à dissolução de casamentos, foram registados no ano 2001 4 casos, sendo os 4 por morte do cônjuge e 0 relativos a divórcios. (Quadro 13)

Quadro 13 – Casamentos Dissolvidos e Taxa de Divórcio

Zona Geográfica	Total de Casamentos Dissolvidos	Casamentos Dissolvidos por Morte	Casamentos Dissolvidos por Divórcio	Taxa de Divórcio
Loulé	458	304	154	2,6
Almancil	49	30	19	2,2
Alte	25	25	0	0
Ameixial	4	4	0	0
Benafim	8	8	0	0
Boliqueime	37	29	8	1,8
Quarteira	101	52	49	3
Querença	10	10	0	0
Salir	27	25	2	0,7
S. Clemente	114	78	36	2,5
S. Sebastião	41	38	3	0,4
Tôr	5	5	0	0
Não Classificada	37	0	37	-

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas 2001 – Informação Disponível não Publicada

Em 2001 existiam no Concelho de Loulé 21827 famílias clássicas, sendo que este valor teve um acréscimo em relação ao ano de 1991, para tal contribuíram vários factores tais como o aumento da população residente, as transformações das famílias e o aumento da esperança de vida. As famílias de maior dimensão, compostas por mais de cinco elementos diminuem face ao ano de 1991, enquanto o número de famílias de menor dimensão (de um até três membros) aumentou.

A freguesia do Ameixial é a que apresenta um maior número de famílias de menor dimensão, (2,3 pessoas).

Quadro 14 – Famílias Clássicas segundo a Dimensão

Zona Geográfica	Famílias Clássicas Segundo a Dimensão (pessoas)										
	Total	Com 1	Com 2	Com 3	Com 4	Com 5	Com 6	Com 7	Com 8	Com 9	Com 10 ou +
Algarve	149238	31399	46600	34881	25394	7301	2480	718	248	117	100
Loulé	21827	4183	6812	5169	3814	1233	420	121	43	18	14
Almancil	3132	559	915	764	593	188	76	21	6	3	4
Alte	899	235	330	172	103	42	7	8	2	0	0
Ameixial	266	84	95	38	35	9	4	1	0	0	0
Benafim	455	98	177	85	62	17	13	2	0	1	0
Boliqueime	1686	345	554	375	276	101	27	6	0	1	1
Quarteira	5796	1071	1592	1475	1127	370	105	36	14	3	3
Querença	315	78	127	46	35	18	7	3	1	0	0
Salir	1197	252	456	249	138	69	25	4	4	0	0
S. Clemente	5318	969	1650	1389	934	261	75	22	9	5	4
S. Sebastião	2439	427	809	508	464	137	68	14	7	3	2
Tôr	324	65	107	68	47	21	13	1	0	2	0

Fonte: INE – Censos 2001 Dados Definitivos

2.3 Envelhecimento

“O desenvolvimento do novo, e em geral único, ser humano começa no momento da fecundação, da mesma forma que o processo de envelhecimento” (Seeley, Stephens, Tate, 1997, pág 1046).

Se formos a um dicionário de língua portuguesa rever a definição de envelhecimento, a qual nos remete para envelhecer, constatamos que o termo está ligado à idade, *“aumentar em anos, em idade; || Passar o uso, o emprego; enfraquecer, apagar-se. || Estar próximo do fim.”* (Grande Dicionário da Língua Portuguesa, pag 614). Por velhice *“idade avançada; período que, na vida humana se sucede à idade madura; || Decrepidez, caducidade.”* (Ibidem, pag 548).

Está pois subjacente que o processo de envelhecimento ainda é um processo que é pouco compreendido e daí que a ele estejam associados mitos e preconceitos, tais como, que todos os idosos são senis, surdos, frágeis, com dificuldade em adaptarem-se a mudanças, que passam grande parte do tempo sentados a pensar ou no vazio ou naquilo que já foram. Todo este tipo de preconceitos leva no seu culminar ao isolamento dos idosos, *“No entanto, o envelhecimento é um processo normal que faz parte da vida de qualquer ser humano. O desconhecimento deste processo leva a falsas percepções que, à força de serem transmitidas, acabam por isolar completamente os idosos, chegando mesmo a contribuir para acelerar o seu processo de envelhecimento”* (Berger e Poirier, 1995, pag 63).

Contudo envelhecimento é um fenómeno normal e universal, partilhado não só pelo reino animal como também pelo reino vegetal. Várias são as disciplinas que se debruçam sobre o estudo/investigação do processo de envelhecimento (biologia, psicologia e sociologia) e todas elas são unânimes de que o envelhecimento é *“um processo contínuo que leva ao estado de velhice e que se desenvolve de forma diferente para cada pessoa.”* (Berger e Poirier, 1995, pag 6).

Torna-se claro que o envelhecimento é um processo diferencial, variável de indivíduo para indivíduo, na medida em que cada um *“terá tido experiências diferentes ao longo da vida no desenvolvimento das relações sociais, amplas variações na exposição ao ambiente (por exemplo, climas e toxinas), e modelos divergentes tanto do crescimento físico como do desenvolvimento e estado de saúde, afectados por tendências genéticas e estilos de vida”* (Phipps, 1995, pag 102).

Para Schroots e Birren (cit. Figueiredo, 2007, pág. 31) existem três principais categorias de envelhecimento: *“o biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina de senescência; o psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para os idosos.”*

Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social

O processo de envelhecimento biológico diz respeito às transformações físicas e orgânicas que se traduzem numa diminuição progressiva à capacidade de adaptação às mudanças do meio, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte.

Dentro do envelhecimento biológico podemos caracterizá-lo como envelhecimento primário ou normal, que não implica a presença de doença e, o envelhecimento secundário ou patológico, aquele em que já existe a doença e esta torna-se a causa próxima de morte.

Quadro 15

Modificações fisiológicas do envelhecimento	
1. ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS	
a. Células e tecidos	c. Músculos, ossos e articulações
b. Composição global do corpo e peso corporal	d. Pele e tecido subcutâneo
	e. Tegumento
2. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS	
a. Sistema cardiovascular	f. Sistema endócrino e metabólico
b. Sistema respiratório	g. Sistema reprodutor
c. Sistema renal e urinário	h. Sistema imunitário
d. Sistema gastrointestinal	i. Ritmos biológicos e sono
e. Sistema nervoso e sensorial	

Fonte: Berger e Poirier, “Pessoas Idosas”, 1995, pág. 127

Muitos dos trabalhos realizados no âmbito da Psicologia do Envelhecimento recaem sobre duas áreas, a personalidade e o funcionamento cognitivo (inteligência, memória e aprendizagem). As razões subjacentes ao declínio de algumas aptidões intelectuais não são claras podendo estar relacionadas com três aspectos do processamento cognitivo: diminuição da velocidade de processamento da informação, o défice na memória de funcionamento e a diminuição da acuidade visual e auditiva. Além destes factores, outros parecem influenciar negativa ou positivamente a aptidão intelectual, tais como: problemas de saúde, isolamento social, nível educacional, rendimento económico, crenças, motivações, emoções, contexto físico e social.

Segundo Berger e Poirier (1995, pág. 170), *“à medida que se envelhece as aptidões cerebrais diminuem, enquanto que outras aptidões (como as funções de integração) melhoram. O desempenho cognitivo mantém-se intacto na maioria das pessoas idosas. As mudanças intelectuais parecem mais relacionadas com a modificação de certas funções do que com alterações da inteligência em si mesma. As mais atingidas são sobretudo funções como a memória, o tempo de reacção e a percepção.”* As mesmas autoras ainda referem que *“o declínio das funções cognitivas só aparece por volta dos cinquenta ou sessenta anos, e mesmo quando tal acontece as*

manifestações são mínimas. As disfunções cognitivas não são doenças, mas estados fisiológicos no continuum do envelhecimento.” (Quadro 16)

Quadro 16

Principais alterações cognitivas que ocorrem durante a senescência
<p>Alterações fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Atrofia cerebral e diminuição do peso de cérebro• Diminuição do número de neurónios
<p>Inteligência</p> <ul style="list-style-type: none">• Baixa de inteligência fluida• Manutenção ou melhoria da inteligência cristalizada• Baixa ligeira na grande velhice• Diminuição da capacidade de conceptualização• Manutenção do vocabulário e do raciocínio verbal• Manutenção dos conhecimentos adquiridos
<p>Tempo de reacção</p> <ul style="list-style-type: none">• Baixa da rapidez de reflexos e da execução dos gestos• Aumento do tempo de reacção
<p>Aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none">• Assimilação mais lenta• Baixa da motivação e aumento da fadiga• Atenção excessiva aos estímulos não pertinentes• Manutenção da capacidade de aprendizagem• Dificuldades acrescidas na organização, armazenagem e utilização dos dados
<p>Manutenção ou melhoria das aptidões verbais</p> <ul style="list-style-type: none">• Memória• Baixa da memória a curto prazo (imediate)• Manutenção da memória a longo prazo (fixação)• Dificuldade em utilizar as informações armazenadas e organizá-las• Baixa da memória visual e auditiva a curto prazo
<p>Resolução de problemas e criatividade</p> <ul style="list-style-type: none">• Dificuldade em utilizar novas estratégias• Pensamento mais concreto do que abstracto• Maior prudência e rigidez• Discriminação mais difícil entre os dados pertinentes e não pertinentes• Maior redundância na colheita de informações• Tendência para manter velhos hábitos• Baixa da criatividade em certos domínios (ciências exactas)

Fonte: Berger e Poirier, “Pessoas Idosas”, 1995, pág. 185

Do mesmo modo se pode falar em envelhecimento social no que diz respeito às alterações a nível dos papéis sociais, alterações essas que vão exigir por parte dos idosos uma adaptação às novas condições de vida. Muitas destas transformações prendem-se com a reforma e mudanças a nível da estrutura familiar.

Para Berger e Poirier (1995, pág. 190), *“O isolamento, a miséria a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil dos idosos. O envelhecimento não é consequência apenas da degenerescência biológica, mas resulta em parte de condições políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade.”* Os idosos que se encontram integrados no seu meio, que se sentem respeitados e valorizados adoptam uma atitude psicossocial positiva contribuindo assim para o seu bem-estar. É neste âmbito que surge a Teleassistência domiciliária como um suporte que permite às pessoas idosas continuarem a viver no seu meio.

3. Teleassistência

A Teleassistência domiciliária funciona como uma central de assistência permanente, dando resposta a qualquer situação de emergência através de um sistema de comunicação rápido e seguro sem a necessidade da existência de um telefone ao alcance da mão, durante 365 dias por ano, 24 horas por dia.

Este sistema de telecomunicação pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

Ao pressionar o botão é estabelecido um contacto imediato através de um intercomunicador ligado ao telefone o qual é reconhecido pela Central de Assistência, aparecendo no monitor do computador da mesma, todos os dados relativos à pessoa que originou a ligação, (os dados são recolhidos com antecedência no acto da adesão e podem ir até 150). Na Central de Assistência, operadores com formação asseguram os contactos 24 horas por dia durante 365 dias por ano.

O intercomunicador pela sua alta tecnologia é suficientemente sensível para captar com excelente nitidez o mais pequeno ruído em qualquer parte da casa, e para estabelecer de uma forma clara a conversação entre o idoso e o operador, numa área de 200 m².

Ao subscrever o serviço é entregue ao idoso um cartão cliente com o número azul para o qual poderá ligar quando se encontrar fora do domicílio, caso necessite de ajuda, para tal basta mencionar o número cliente indicado no cartão e o local do país onde se encontra e terá direito a todos os serviços de assistência disponibilizados pela Teleassistência.

Este sistema oferece três tipos de serviços:

Emergência 24

Envio urgente de médicos, enfermeiros, ambulâncias, polícia, bombeiros

Contactos com familiares, amigos

Voz amiga / Solidão

Mediphone 24

Assessoria médica pelo telefone

Indicação sobre clínicas, hospitais e farmácias de serviço

Serviço de Alerta: contactos agendados a pedido do cliente

Assistência 24

Envio de profissionais experientes: canalizadores, pintores, electricistas...

Neste sentido a ECCI da UCC de Loulé, a Junta de Freguesia do Ameixial e a Helpphone estabeleceram uma parceria que se destina a todos os idosos da freguesia de modo a garantir a prevenção e segurança dos mesmos.

4. Projecto SOS Idoso

O que é o Projecto SOS Idoso?

Este trabalho nasceu de uma inquietação por parte dos profissionais de enfermagem da ECCI de Loulé, cujo objectivo geral é a “*prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência*”, desta forma a teleassistência domiciliária pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos que vivem na freguesia do Ameixial onde grande parte dos mesmos vive em contexto de isolamento, quer pela tipologia geográfica da região quer pelas mudanças na estrutura das famílias, combatendo assim situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento, conforme anteriormente referido.

Este projecto consiste então na criação de um dispositivo onde intervêm vários parceiros, a ECCI, a Junta de Freguesia do Ameixial e a Helpphone.

A quem se dirige?

O Projecto SOS Idoso dirige-se a todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos integradas na ECCI de Loulé, bem como a todas as pessoas sinalizadas à equipa mencionada, dando-se prioridade aos idosos que vivam sozinhos ou em situação de isolamento temporário ou permanente.

Responsável do Projecto

A responsabilidade do projecto ficará a cargo da Assistente Social, Dr.^a Vera Martins pertencente à UCC Gentes de Loulé.

Como funciona?

A ECCI e a Junta de Freguesia do Ameixial ao detectarem uma situação com critérios para usufruir da teleassistência, preenche o formulário (em anexo) e

disponibiliza ao utente ou ao seu representante legal um intercomunicador, cuja montagem fica a cargo da empresa Helpphone.

Caso não exista nenhum aparelho disponível o utente poderá integrar a lista de espera, se assim o entender.

A manutenção é da responsabilidade da Helpphone.

5. FONTES DE INFORMAÇÃO

LIVROS

BERGER, Louise; POIRIER, Danielle – **Pessoas Idosas - uma abordagem global.** 1ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1995. 594p. ISBN 972-95399-8-7

FIGUEIREDO, Daniela – **Cuidados Familiares ao idoso dependente contexto.** 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. 236p. ISBN 978-972-796-276-1

IMAGINÁRIO, Cristina – **O idoso dependente em contexto familiar Saúde.** 2ª Ed. Coimbra: Formasau, 2008. 239p. ISBN 978-972-8485-94-8

PHIPPS, Wilma J.; LONG, Barbara C.; WOODS, Nancy F.; CASSMEYER, Virginia L. – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica.** 2ª Ed. Vol I, Lisboa: Lusodidacta, 1995. 1394p. ISBN 972-96610-0-6

OLIVEIRA, Ataíde – **Monografia do Concelho de Loulé.** 3ª Ed. Algarve: Em Foco Editora, 1989. 358p.

SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – **Anatomia e Fisiologia.** 3ª Ed. Lisboa: Lusodidacta, 1997. 1054p. ISBN 972-96610-5-7

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª Ed. Loures: Lusociência, 1999. 1225p. ISBN 972-8383-05-3

VICENTE, Lília; SILVA, Leonel – **Carta Educativa do Concelho de Loulé.** Gráfica Comercial, 2006. 263p. Depósito Legal N° 263746/07

INTERNET

CARRILHO, Maria José; GONÇALVES, Cristina – **Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001**. Revista de Estudos Demográficos, nº 86. [Consult. 2010-05-09]. Disponível em: <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>

IDS – Instituto para o Desenvolvimento Social – **Portugueses com mais de 65 anos – breve caracterização estatísticas**.

Lisboa: IDS [Consult. 2010-05-09]. Disponível em:

<http://www.advita.pt/download.php?d91c86a22952940169d021cb9cc12315>

Anexos

Anexo 1

Unidade Funcional de Loulé

UCC Gentes de Loulé

Processo ECCI Nº _____

Data da recepção do pedido: ____/____/____

Data do Acolhimento: ____/____/____

Nome: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____

Morada: _____

Contacto Preferencial (Parentesco e Nome): _____ Telefone: _____

Tipologia Familiar: _____ Médico de Família: _____

Data do empréstimo: ____/____/____

Data da entrega : ____/____/____

Anexo 2

ESTE SISTEMA OFERECE TRÊS TIPOS DE SERVIÇOS:

EMERGÊNCIA 24

Envio urgente de médicos, enfermeiros, ambulâncias, policia e bombeiros

Contactos com familiares e amigos

Voz amiga / Solidão

MEDIPHONE 24

Assessoria médica pelo telefone

Indicação sobre clínicas, hospitais e farmácias de serviço

Serviço de Alerta: contactos agendados a pedido do cliente

ASSISTÊNCIA 24

Envio de profissionais experientes: canalizadores, pintores, electricistas...



PARA MAIS INFORMAÇÕES
contactar a ECCL de Loulé através número
927403572

SOS IDOSO
TELEASSISTÊNCIA

COMO FUNCIONA

A Teleassistência domiciliária funciona como uma central de assistência permanente, dando resposta a qualquer situação de emergência através de um sistema de comunicação rápido e seguro sem a necessidade da existência de um telefone ao alcance da mão, durante 365 dias por ano, 24 horas por dia.

Ao pressionar o botão é estabelecido um contacto imediato através de um intercomunicador ligado ao telefone o qual é reconhecido pela Central de Assistência, aparecendo no monitor do computador da mesma, todos os dados relativos à pessoa que originou a ligação, (os dados são recolhidos com antecedência no acto da adesão e podem ir até 150). Na Central de Assistência, operadores com formação asseguram os contactos 24 horas por dia durante 365 dias por ano.

O intercomunicador pela sua alta tecnologia é suficientemente sensível para captar com excelente nitidez o mais pequeno ruído em qualquer parte da casa, e para estabelecer de uma forma clara a conversação entre o idoso e o operador, numa área de 200 m².



OBJECTIVOS

Este sistema de telecomunicação pretende garantir respostas no âmbito da prevenção e promoção da qualidade de vida dos idosos combatendo situações de dependência decorrentes da idade, doença prolongada, convalescença, incapacidade e isolamento.

VANTAGENS

Ao subscrever o serviço é entregue ao idoso um cartão cliente com o número azul para o qual poderá ligar quando se encontrar fora do domicílio, caso necessite de ajuda, para tal basta mencionar o número cliente indicado no cartão e o local do país onde se encontra e terá direito a todos os serviços de assistência disponibilizados pela Teleassistência.

DESTINATÁRIOS

Este serviço, destina-se a todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, integradas na ECCI (Equipa de cuidados continuados integrados) de Loulé, que vivam sozinhas ou em situação de isolamento permanente ou temporário. Os serviços podem também abranger pessoas cuja idade seja inferior aos 65 anos, embora cada situação esteja sujeita a avaliação.

