



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**AS PESSOAS IDOSAS E O SUPORTE SOCIAL FORMAL
EM TEMPO DE PANDEMIA**

**ERDERLY PEOPLE AND FORMAL SOCIAL SUPPORT
IN TIMES OF PANDEMIC**

Por

Sónia Maria Fernandes Coelho

Lisboa, 2021



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

**AS PESSOAS IDOSAS E O SUPORTE SOCIAL FORMAL
EM TEMPO DE PANDEMIA**

**ERDERLY PEOPLE AND FORMAL SOCIAL SUPPORT
IN TIMES OF PANDEMIC**

Por

Sónia Maria Fernandes Coelho

Sob a orientação da Prof^a Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2021

“Mais importante que o destino é a viagem”.

Eduardo Lourenço

AGRADECIMENTOS

À professora Elisa Garcia, que tive o privilégio de ter como orientadora e a quem estou grata pela sua acuidade académica, disponibilidade, motivação, persistência e fé neste percurso.

À enfermeira Olívia Serra, orientadora clínica, pelo carinho e incentivo e a toda a equipa da UCC “Saúde a Seu Lado” pelo acolhimento, colaboração e apoio.

Ao Conselho Executivo do ACES Loures/Odivelas por todas as autorizações necessárias.

À IPSS onde desenvolvi o projeto, desde a direção, à Dra. Paula e à Dra. Liliana, até às ajudantes de ação direta, pela disponibilidade e amabilidade com que me acolheram.

Às pessoas idosas do centro de dia pela forma como me receberam e confiaram, pelo carinho e partilha de sentimentos e experiências.

Às colegas de trabalho que me acompanharam neste caminho, colmataram a minha ausência, pelo ânimo e apoio, em particular à enfermeira Julieta.

Às colegas do Mestrado em Enfermagem, em especial às “mosqueteiras”, pela amizade, partilha, união e alento para nunca desistir e chegar até aqui.

A todos os meus amigos pela força e motivação, especialmente à Andreia, à Bárbara, à Cristina, à Susana e à Vera.

Aos meus pais que mesmo longe estiveram sempre perto, pela força e incentivo constantes.

Ao Luís pela paciência e compreensão, dos dias em que estive ausente, pelo seu amor, carinho e incentivo incondicionais.

Ao meu filho Vicente pelos dias em que não brincámos, pelo seu sorriso e abraço tão confortantes, pelo que me ensina todos os dias.

A todos, muito obrigada, foram os meus mestres!

RESUMO

O envelhecimento demográfico representa enormes desafios e responsabilidades, quer para o setor social, quer para o sistema de saúde, em particular para os cuidados de saúde primários. Impõe-se a implementação e melhoria das estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas e satisfaçam as necessidades específicas das pessoas idosas, especialmente, durante a pandemia provocada pelo *SARS-CoV-2*.

Nesta perspetiva, desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária com as pessoas idosas, que frequentavam um centro de dia, antes da pandemia, numa IPSS da área geográfica da UCC “Saúde a Seu Lado”, em Odivelas, no período de setembro a dezembro de 2020. Teve como objetivo: contribuir para a literacia em saúde para o uso das redes de suporte social formal dessas pessoas idosas.

A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993), ancorada no Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011). Para o diagnóstico de situação, aplicou-se um questionário para a caracterização sociodemográfica, o apoio social recebido e a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999). A amostra não probabilística foi constituída por 16 pessoas, homogénea no género, com idade média de 81,3 anos, 44% possuem o 1º ciclo de escolaridade, 56% vivem sozinhas e 44% não têm filhos. Como resultados salientamos: o risco de isolamento social, as necessidades de apoio emocional, a falta de apoio social, uma satisfação média com o suporte social, e baixa satisfação nas atividades sociais. Foi priorizado o diagnóstico de enfermagem “risco de isolamento social”. Utilizou-se como estratégias de intervenção: a educação para a saúde, que permitiu contribuir para a literacia em saúde das pessoas idosas sobre o uso do suporte social formal e o desenvolvimento de parcerias com a comunidade, através da elaboração de um projeto intergeracional. Para a avaliação foram utilizados indicadores de processo e de resultados obtidos.

Este projeto também permitiu o desenvolvimento de competências de especialista no âmbito da Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Palavras chave: Pessoas Idosas, Suporte Social, Literacia em Saúde, Enfermagem Comunitária.

ABSTRAT

Demographic ageing poses enormous challenges and responsibilities for both the social sector and the health system, particularly for primary health care. It is necessary to implement and improve community intervention strategies that mobilise responses and meet the specific needs of the elderly people, especially during the SARS-CoV-2 pandemic.

In this perspective, a community intervention project was developed with elderly people who attended a day care centre, before the pandemic, in an IPSS in the geographical area of the UCC "Saúde a Seu Lado", in Odivelas, from September to December 2020. It aimed to contribute to health literacy in the use of the formal social support networks of these elderly people.

The methodology used was the Health Planning of Imperatori and Giraldes (1993), anchored in Betty Neuman's Systems Model (2011). For the situation diagnosis, a questionnaire was applied for sociodemographic characterisation, the social support received and the Satisfaction with Social Support Scale (Ribeiro, 1999). The non-probability sample was composed of 16 people, homogeneous in gender, with an average age of 81.3 years, 44% with a 1st cycle education, 56% living alone and 44% with no children. The results highlighted were: risk of social isolation, emotional support needs, lack of social support, average satisfaction with social support, and low satisfaction in social activities. The nursing diagnosis "risk of social isolation" was prioritised. The following intervention strategies were used: health education, which contributed to the elderly people health literacy regarding the use of formal social support, and the development of partnerships with the community through the development of an intergenerational project. Process and outcome indicators were used for the evaluation.

This project also allowed the development of specialist skills in the scope of Community Nursing and Public Health.

Key words: Elderly People, Social Support, Health Literacy, Community Nursing.

LISTA DE ACRONIMOS E SIGLAS

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE® - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CRPI – PSA – Comissão de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEECSP- Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EPIC - Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária

ESCSP- Especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública

HLS-EU - *Health Literacy Survey EU 2014*

ILS-PT - Literacia em Saúde em Portugal 2016

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão 2020

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SARS-CoV-2 - *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*

SEpS – Sessão de Educação para a Saúde

SIARS - Serviço de Informação das Administrações Regionais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCP - Universidade Católica Portuguesa

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	14
1.1 Suporte social.....	16
1.2 Modelo conceitual na abordagem comunitária	20
1.3 Literacia em saúde.....	23
2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	26
2.1 Contextualização do local de estágio	28
3. METODOLOGIA	30
3.1 Diagnóstico de situação	30
3.1.1 Seleção da população e amostra:	31
3.1.2 Método e instrumentos de colheita de informação	32
3.1.3 Apresentação e análise dos resultados.....	34
3.1.4 Diagnósticos de enfermagem.....	39
3.2 Definição das prioridades	41
3.3 Fixação dos objetivos.....	42
3.4 Seleção das estratégias	45
3.5 Elaboração de programas e projetos.....	46
3.6 Preparação da execução.....	46
3.7 Avaliação.....	49
3.8 Implicações para a prática clínica	52
3.9 Considerações éticas.....	53
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	54
4.1 Competências de mestre em Enfermagem	54
4.2 Competências comuns do enfermeiro especialista	55
4.3 Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública.....	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

ANEXOS

Anexo I – Folheto informativo da CRPI-PSA

Anexo II – Escala de Satisfação com o Suporte Social

Anexo III – Certificados de formação complementar durante o estágio

Anexo IV - Certificado de apresentação de póster em evento científico

Anexo V - Certificado de participação na comissão organizadora de um evento científico

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização à direção do ACES

Apêndice II - Caracterização da rede de apoio formal

Apêndice III - Instrumento de colheita de informação

Apêndice IV - Representação gráfica dos resultados dos questionários

Apêndice V – Análise ao questionário sobre suporte social recebido

Apêndice VI – Pontuação nominal da escala de satisfação com o suporte social, com a cotação original (0 a 75) e convertida (0 a 100)

Apêndice VII – Projeto de articulação

Apêndice VIII – Cronograma de atividades

Apêndice IX - Planeamento, diapositivos e material de apoio da SEpS

Apêndice X – Diapositivos da apresentação do projeto à UCC

Apêndice XI – Pedido de consentimento informado às pessoas idosas

Apêndice XII – Pedido de autorização à direção da CRPI-PSA

Apêndice XIII - Pedido de autorização ao autor da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Apêndice XIV – Criação da comunidade CRPI – PSA no SClínico

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama representativo do Modelo de Betty Neuman.....	21
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estado civil.....	34
Gráfico 2 – Com quem vive.....	35
Gráfico 3 – Frequência de interação com os filhos.....	35

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	32
Quadro 2 – Suporte social recebido e necessidade de suporte social.....	37
Quadro 3 - Grau de satisfação com o suporte social, total e por fatores.....	38
Quadro 4 - Mediana por fatores da Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	39
Quadro 5 – Diagnósticos de enfermagem.....	40
Quadro 6 – Critérios do Método de Halon.....	41
Quadro 7 – Priorização dos diagnósticos de enfermagem.....	42
Quadro 8– Objetivos, indicadores de atividade e de resultado.....	44
Quadro 9 – Recursos comunitários.....	48
Quadro 10 – Indicadores de processo.....	50
Quadro 11 – Indicadores de resultado.....	51

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, de natureza profissional, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O estágio decorreu no período compreendido entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2020, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Saúde a Seu Lado”, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Loures/Odivelas, da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), com a devida autorização para o desenvolvimento do projeto e uso do nome da instituição (Apêndice I).

O investimento pessoal e profissional por esta área temática é determinado pelo facto da mestranda estar a exercer funções numa USF deste ACES, conhecer o Plano Local de Saúde e por (re)conhecer as necessidades expressas e sentidas da população idosa, desta área geográfica.

Os dados demográficos espelham a realidade do envelhecimento e enfatizam o poder das estratégias emanadas pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, revisão e extensão a 2020, com uma visão caracterizada pelo empoderamento dos cidadãos e pela participação ativa da sociedade, aliada aos pilares do Programa Nacional de Saúde para Pessoas Idosas (DGS, 2006). O envolvimento de todos os setores da sociedade é imprescindível, pelo que é incentivada uma abordagem intersectorial para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar, promovendo escolhas informadas para uma longevidade saudável.

A pandemia pelo *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*, veio evidenciar as fragilidades da população mais vulnerável, particularmente da população idosa, pelas suas co-morbilidades, pelo facto de a idade ser fator de risco para ser infetado pela covid-19 e pela mortalidade associada à idade avançada (Carvalho, 2020).

A imposição de um estado de confinamento, essencial ao controlo da progressão da pandemia, alterou os hábitos de vida de todos, obrigou a um isolamento social sem

precedentes, em particular nos grupos mais vulneráveis que estão expostos a diversos riscos sociais (DGS, 2020). Todavia, os prejuízos causados devido a esse distanciamento social devem ser reconhecidos e minimizados.

Como outras instituições, os centros de dia suspenderam a sua atividade, as refeições começaram a ser entregues em casa, as atividades foram interrompidas e as visitas foram restringidas. Simultaneamente, estas medidas aumentaram o isolamento social. Este tem sido associado a resultados adversos para a saúde: aumento do risco de quedas, mortalidade por todas as causas, hospitalizações, declínio cognitivo, bem como comportamentos prejudiciais à saúde, como inatividade e dieta pobre (Emma et al, 2020).

A literatura é consensual em relação à sua ação direta na manutenção da saúde. Existe uma forte correlação entre as duas variáveis, saúde e suporte social (Ribeiro, 1999). Assim, o suporte social é entendido como um determinante em saúde, visto que influencia o estado de saúde da população e fornece informação sobre comportamentos, condições de vida e recursos pessoais e ambientais.

Neste sentido, foi desenvolvido um projeto de intervenção no centro de dia da CRPI-PSA, da área geográfica da UCC “Saúde ao Seu Lado”, intitulado “Reinventar o centro de dia, para as pessoas idosas, em tempo de pandemia”. Teve como objetivo: contribuir para a literacia em saúde para o uso das redes de suporte social formal das pessoas idosas, que frequentavam o centro de dia antes da pandemia, no período de setembro a dezembro de 2020.

Para a concretização do objetivo do projeto foram questionadas 16 pessoas idosas, acerca da caracterização sociodemográfica e do suporte social recebido, e aplicada a Escala de Satisfação de Suporte Social (Ribeiro, 1999). Como resultados salienta-se: o risco de isolamento social, as necessidades de apoio emocional, a falta de apoio social, uma satisfação média com o suporte social e uma baixa satisfação nas atividades sociais. Utilizou-se a estratégia educacional, que permitiu contribuir para a literacia em saúde das pessoas idosas sobre o uso do suporte social formal e o desenvolvimento de parcerias com a comunidade, através da elaboração de um projeto intergeracional entre o centro de dia e uma escola do 1º ciclo.

O presente relatório pretende descrever o percurso efetuado, ancorado na metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993) e no Modelo de Enfermagem de Betty Neuman (2011), e realizar uma reflexão crítica do desenvolvimento

de competências de mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o perfil delineado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2018).

O primeiro capítulo apresenta a justificação da temática, sustentada numa abordagem conceptual do suporte social, no modelo de enfermagem para a intervenção comunitária e na literacia em saúde. No segundo capítulo é efetuada a contextualização do local de estágio. O terceiro capítulo relata o processo de Planeamento em Saúde realizado, com todas as suas fases, seguido das implicações para a prática clínica em enfermagem, bem como, as considerações éticas envolvidas no projeto. O quarto capítulo descreve a reflexão crítica sobre o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências do perfil de enfermeiro mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Por último, no quinto capítulo do relatório são apresentadas as considerações finais. Nos anexos e apêndices constam informações relevantes que fundamentam e apoiam o trabalho desenvolvido. Como ferramentas de apoio foram utilizados os programas informáticos Word Office365® e Excel Office 365® e foi redigido de acordo com as regras do guia da unidade curricular “Estágio Final e Relatório” e com as normas da *American Psychological Association* (7ª edição).

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

O envelhecimento demográfico é um dos grandes desafios das sociedades atuais.

Desde 2019, Portugal é o 2º país com o índice de envelhecimento (161,3) mais elevado da União Europeia, apenas ultrapassado pela Itália (176,2) (Pordata, 2021). O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5%, em 1961, para 161,3% em 2019 (Pordata, 2021). Em 2019, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 22% de toda a população residente em Portugal. No mesmo ano, a esperança de vida atingiu os 78,0 anos para homens e 83,5 anos para as mulheres (Pordata, 2021).

Estes indicadores representam enormes desafios e responsabilidades para a organização do suporte social e para o sistema de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários (CSP). Impõem-se a implementação e a melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

O PNS, fundamentado nos documentos estratégicos de relevo para a política de saúde nacional e internacional, um dos quais o relatório *Um Futuro para a Saúde* (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014), “propõe uma visão simples, caracterizada pelo *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde” (DGS, 2015, p.7). Neste sentido é importante o contributo e compromisso de todos, numa lógica sinérgica e intersectorial.

Em linha com o PNS e com o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (2006), a Direção Geral de Saúde (DGS) elaborou um documento com um grupo interministerial: a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2016-2025 (ENEAS), com propostas políticas e linhas orientadoras face ao envelhecimento, perante as alterações da capacidade funcional ao longo do ciclo vital (Despacho nº 12427/2016, Direção Geral da Saúde 2017).

Os objetivos da ENEAS assentam na:

promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, bem como no reconhecimento do facto de que os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida exigem a implementação de políticas intersectoriais e de uma abordagem holística na construção de uma “sociedade para todas as idades” (*World Health Organization*, 2002). (DGS, 2017, p.19).

Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como se envelhece e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais (DGS, 2017).

Entre outros determinantes de saúde, o suporte social é importante para a Enfermagem e para outros profissionais de saúde porque influencia, não só o acesso aos serviços de saúde, mas também o comportamento de saúde e o estado de saúde (Stewart, 1993). A enfermagem “tem um papel importante realçando e mobilizando o suporte dos clientes na avaliação das necessidades de suporte, planeamento de intervenções, intervindo a vários níveis e avaliando os efeitos dessas intervenções” (Stewart, 1993, p.68).

Segundo Mesquita (2011, p.11) é:

consensual a teorização de que o suporte social e as redes sociais de apoio ao idoso podem actuar directamente como prevenção do stress, das perturbações mentais e emocionais, contribuindo não apenas para o bem-estar físico, psíquico e para uma maior longevidade desta população no seu curso de vida, como também para uma participação activa na sociedade, ou seja, para um envelhecimento activo.

A COVID-19, infeção causada pelo novo coronavírus (*SARS-CoV-2*), foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia, no dia 11 de março de 2020. Neste seguimento, foram adotadas várias medidas para conter a transmissão da doença. (DGS, 2020).

No dia 16 de março foi declarado o estado de emergência, em Portugal. Entre outras medidas, foram suspensas “as atividades de apoio social desenvolvidas em centros de atividades ocupacionais, centros de dia e centros de atividades de tempos livres” (Decreto-Lei n.º 10-A/2020).

Atendendo à vulnerabilidade das pessoas idosas, que frequentavam os centros de dia, e considerando o perfil clínico e epidemiológico da pandemia, estas têm um risco acrescido de serem infetadas pelo facto de terem o sistema imunológico mais debilitado ou por serem o grupo etário com mais co-morbilidades. Segundo Carvalho (2020, p.2), “na análise reflexiva sobre o impacto destas medidas nos idosos, com particular destaque para o distanciamento/isolamento social, emerge-nos logo a dificuldade dos idosos em se adaptarem à mudança, das suas rotinas diárias, do seu ambiente”. Para além disso, os idosos desenvolvem tendencialmente formas mais graves da doença e são o grupo etário que mais frequentemente requer cuidados hospitalares, intensivos e prolongados. (Carvalho, 2020).

Segundo o estudo de Santini et al (2020), com 3005 adultos e idosos entre os 57-85 anos, a estrutura e a função da rede social estão fortemente ligadas aos sintomas de ansiedade e depressão, uma rede social enfraquecida e a baixa percepção de suporte social contribuem para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão.

Com as recomendações de distanciamento físico durante a pandemia pelo *SARS-CoV-2*, especialmente para as pessoas idosas, diminuíram as interações em termos de estrutura, função e qualidade das redes sociais. Simultaneamente, estas ações protegeram e prejudicaram as pessoas idosas, visto que, para diminuir o risco de exposição das pessoas, aumentaram o risco de isolamento social. Smith, Steinman & Casey (2020) descrevem esta situação como: “*The COVID-19 Social Connectivity Paradox*”, um novo conceito usado para descrever o conflito contínuo de benefício / dano resultante do distanciamento físico recomendado. Estes autores destacam a necessidade das organizações comunitárias se unirem e formarem parcerias intersetoriais, de forma a definirem estratégias de apoio às pessoas idosas.

Apesar dos esforços individuais e coletivos para conter esta pandemia é importante mitigar os impactos negativos que esta medidas podem trazer às pessoas idosas.

Assim, perante as variáveis demográficas e epidemiológicas atuais, compreende-se a importância do suporte social formal à pessoa idosa e da promoção do envelhecimento ativo e saudável, assim como, o reforço das redes sociais de suporte formal através da parceria comunitária e intersectorial, durante esta pandemia.

1.1 Suporte social

O suporte social tem obtido consenso em relação à sua ação direta na manutenção da saúde (Caplan, 1974; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Ornelas, 1994, Vaz Serra, 1999; Paúl, 1991, 2005, Ribeiro & Paúl, 2018). Existe uma forte correlação entre as duas variáveis, saúde e suporte social (Ribeiro, 1999). Segundo Singer e Lord (1984), o seu efeito tem quatro categorias de hipótese: (1) protege contra as perturbações induzidas pelo stress; (2) a sua inexistência é fonte de stress; (3) a sua perda é um fator de stress e (4) o suporte social é benéfico para a saúde.

Assim, o suporte social é entendido como um determinante em saúde, visto que influencia o estado de saúde da população e fornece informação sobre comportamentos, condições de vida e recursos pessoais e ambientais.

A revisão da literatura sobre as questões ligadas ao apoio social evidencia que a terminologia utilizada nos diferentes estudos está associada a uma grande diversidade de conceitos, de acordo com a especificidade da área científica em estudo (Paúl, 2005).

Barrón (1996), descreve o apoio social como “um conceito interativo que se refere às transações que se estabelecem entre indivíduos”. É genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, nos dão valor e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância (Cruz, 2001).

Visão análoga apresenta Vaz Serra (1999), ao definir apoio social como “quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo”. Trata-se, portanto, de um conceito interativo referente a transações entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

Assim, adotou-se para o projeto, à semelhança de Rocha (2013), a definição de suporte social em Enfermagem, preconizada por Stewart (1993):

interactions with family members, friends, peers, and healthcare providers that communicate information, esteem, aid, and reliable alliance. These communications improve coping, moderate the impact of stress, and promote health. Social support occurs as a by-product of people ongoing interactions. However, we cannot assume that it is accessible or beneficial. Instead, it is important to understand how supportive interactions are elicited with different associates, forms of expression of social support, and how social support can be miscarried or dissipate over time.

A análise das funções do apoio social revela, à semelhança do que se verifica sobre as definições, que existem entre os vários autores aspetos comuns e aspetos divergentes.

Barrón (1996) sugere um modelo mais simples e integrador que passa pelo: (1) apoio emocional, (2) apoio material e instrumental e (3) apoio de informação.

As interações na rede social podem ser categorizadas conforme o tipo de suporte social predominante entre membros: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos (Sluzki, 2003)

Na opinião de Paúl (1991) as redes sociais de apoio, mais não são do que “formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema”. Ainda de acordo com esta autora, a rede social é concebida em três vertentes: a integração social (frequência de contactos com os outros), o apoio recebido (quantidade de ajuda efetivamente disponibilizada pelos elementos da rede) e o apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade (Paúl, 2005).

A rede social atualiza-se ao longo do ciclo vital e familiar e deve ser fortificada, reorganizada ou reconstituída em medida da vulnerabilidade das pessoas (Neuman, 2011). A rede social, e as respetivas interações e trocas, diminuem com a idade, contudo o número de relações significativas mantém-se estável até à velhice. A contração da rede deve-se à morte das pessoas significativas, e das respetivas relações de estima, que são dificilmente substituídas (Figueiredo, 2007).

As pessoas significativas que interagem e fornecem suporte social à pessoa idosa constituem a sua rede social, o que pode incluir, na vertente informal, as relações íntimas, amigos e família, caracterizando-se pela prestação voluntária, não remunerada e sem organização explícita e na formal, as atividades sociais fornecidas pelas organizações/entidades caracterizando-se pela interação remunerada e regularmente organizada (Rocha, 2013).

As IPSS's:

Têm assumido uma posição de enorme preponderância no estabelecimento e desenvolvimento de um conjunto de respostas sociais, em todo o território nacional, alicerçado no quadro axiológico da solidariedade social e desenvolvendo -se num modelo de atuação que é revelador de uma abordagem mais humanista, mais próxima, menos dispendiosa para o Estado e mais benéfica para os cidadãos. (Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro, p. 5882-(2)).

Estas instituições são frações fundamentais das redes de suporte social formal.

Para além do sistema de pensões de reformas e das medidas de carácter pensionário, de acordo com documentos publicados pela Segurança Social (2006) existem sete tipos de respostas de apoio social para idosos, que têm como objetivos a promoção de autonomia, integração social e saúde: a) serviço de apoio domiciliário; b) centro de convívio; c) centro de dia; d) centro de noite; e) acolhimento familiar; f) estruturas residenciais e g) centro de férias e lazer. O acesso a estas respostas sociais depende da sua existência na zona de residência da pessoa idosa e também respetiva disponibilidade/capacidade de acolhimento. Sendo que o pagamento dos serviços prestados é calculado de acordo com os rendimentos pessoais ou dos familiares. Estas instituições promovem uma ação organizada por serviços, com vista à satisfação das necessidades dos utilizadores. São tuteladas pelo Estado e/ou financiadas, mas têm autonomia administrativa.

A institucionalização das pessoas em estruturas residenciais para pessoas idosas foi, durante muito tempo, a resposta social mais comum. Contudo a necessidade de existirem outras soluções mais económicas e eficientes, de modo a não separar os indivíduos do seu meio, conduziram à implementação de novos serviços de proximidade.

Os centros de dia contribuíram para essa solução, constituindo uma resposta social que fortalece o elo de ligação com o exterior e com a comunidade envolvente (Fonseca, 2018). Neste sentido, surgiu o conceito *Ageing in a place*, que “significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente” (Fonseca, 2018, p.7). A preferência das pessoas idosas recai em envelhecer no local onde viveram a maior parte do tempo, onde têm referências, pelo que a inclusão social e a recompensa emocional são consequências positivas deste conceito (Fonseca, 2018).

O centro de dia pode ter diversos serviços: alimentação; higiene pessoal; tratamento de roupa; atividades ocupacionais, socioculturais, recreativas e de estimulação física e cognitiva e apoio psicossocial. Poderão existir outros serviços, de acordo com a disponibilidade de voluntários, como cabeleireiro, estética, entre outros. Os profissionais presentes nestas instituições pertencem a equipas multidisciplinares, constituídas por: terapeuta ocupacional, animador sociocultural, auxiliares de ação direta, assistente social e professor de ginástica adaptada e pontualmente um enfermeiro.

Para além da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, outra importante função destas instituições é a prevenção do isolamento social. Segundo Nicholson (2012), existem diversos fatores de risco que potenciam o isolamento social: físicos; psicológicos; económicos; mudanças familiares e/ou laborais e ambientais. O isolamento social influencia negativamente a morbilidade, a mortalidade, a longevidade e a esperança de vida porque contribui para o envelhecimento do organismo (Berkman et al, 2000).

As pessoas idosas são particularmente vulneráveis ao isolamento social, devido às transições de papel relacionadas com o envelhecimento (por exemplo, reforma, perda de família / amigos) e pelas mudanças físicas (nomeadamente, mudanças no estado de saúde, mobilidade e função sensorial) (Smith et al., 2020).

1.2 Modelo concetual na abordagem comunitária

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) adequa-se à problemática em questão pois permite fundamentar a intervenção de enfermagem neste projeto, sendo uma abordagem dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, que, enquanto sistema, pode ser definido como pessoa, família, grupo ou comunidade, em que no seu processo saúde-doença, está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de stress (stressores), causando-lhe desequilíbrio (Freese, 2002).

A sua abordagem holística, tornam-no particularmente aplicável e útil para clientes que experimentam fatores de stress complexos e que afetam múltiplas variáveis, como é o caso da pessoa idosa com a sua inerente vulnerabilidade. Desta forma, facilita a compreensão dos fatores que desencadearam a situação de crise, identificando os fatores de stress presentes.

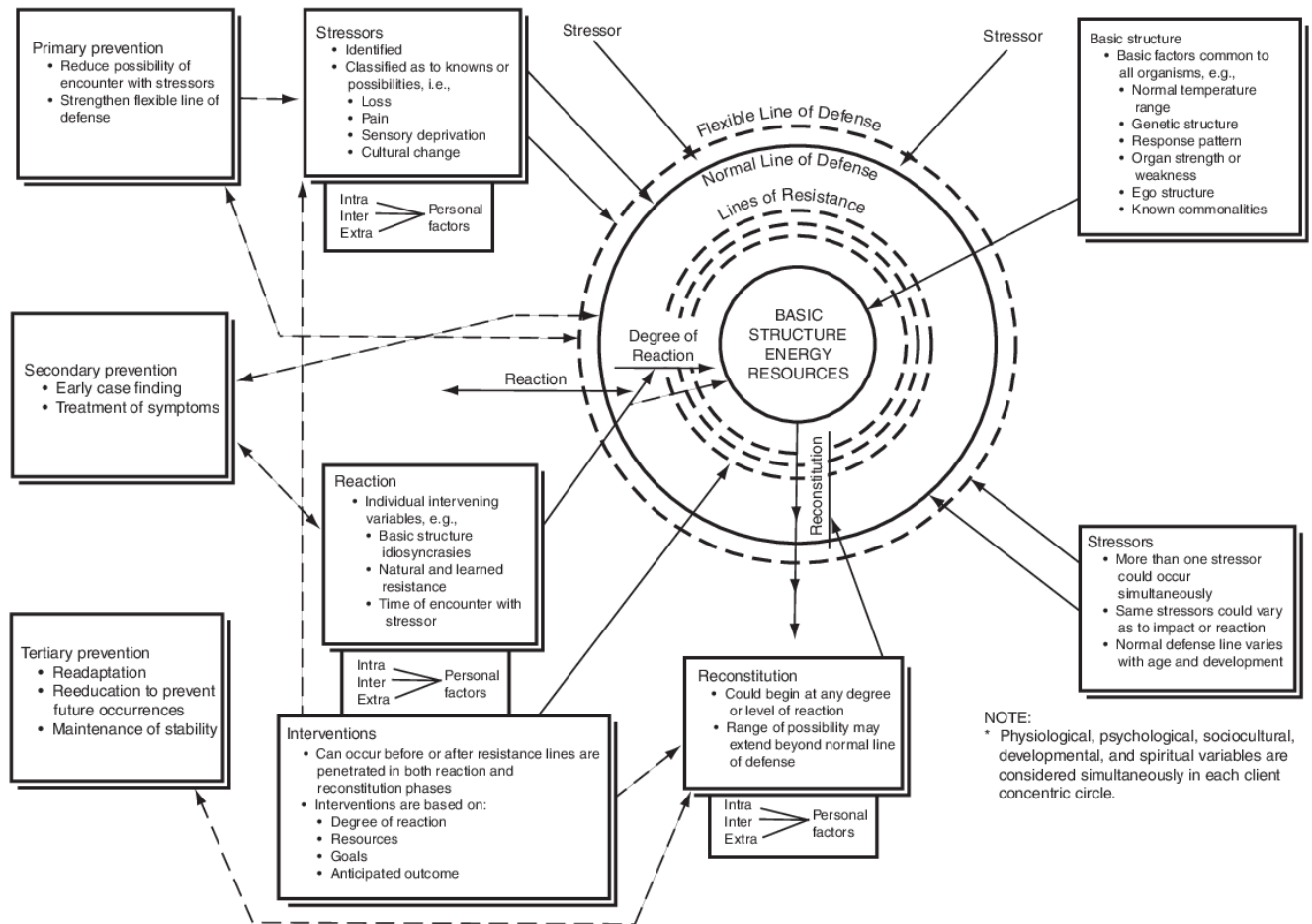
A intervenção comunitária em saúde deve ter como foco principal capacitar os grupos a lidar com as fontes de stress, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causados pela exposição ao risco (Neuman, 2011).

Este modelo é baseado numa relação contínua e recíproca entre o cliente e o ambiente e os seus stressores, internos e externos. São identificados como estímulos produtores de tensão, que podem ter um efeito, positivo ou negativo, resultando assim em stress (Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope & Lancaster, 2011).

Segundo Freese (2002), os fatores de stress são forças ambientais, estímulos produtores de tensão que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema do indivíduo. Podem ser:

- **Intrapessoais** - que dizem respeito a forças que ocorrem no próprio indivíduo, como por exemplo, atributos físicos, atitudes ou grau de desenvolvimento pessoal.
- **Interpessoais** - que são relativos a forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, por exemplo na relação entre familiares ou relações profissionais.
- **Extrapessoais** - que correspondem a forças que ocorrem fora do indivíduo, por exemplo, a habitação, desemprego e suporte social.

Figura 1- Diagrama representativo do Modelo de Betty Neuman



Fonte: Neuman e Fawcett (2011, p.13)

O sistema cliente (a **pessoa/comunidade**) é representado como uma **estrutura básica**, referente ao núcleo central, composto por cinco variáveis interativas, em diferentes graus de desenvolvimento: fisiológica; psicológica; sociocultural; desenvolvimento e espiritual. Esta estrutura é, por sua vez, rodeada por um conjunto de anéis concêntricos, aos quais Neuman denominou linha flexível de defesa, linha normal de defesa e linhas de resistência. Estes são vistos como mecanismos de defesa da estrutura básica contra a invasão de fatores de stress (Neuman & Fawcett, 2011).

O anel mais externo é a **linha flexível de defesa**, a resposta inicial ou a proteção do sistema contra os stressores. É descrita como um acordeão, visto que se expande ou contrai, conforme se afasta ou aproxima da linha normal de defesa. É entendida como uma proteção adicional, que tem um efeito amortecedor para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar. A **linha normal de defesa**, representa o nível habitual de bem-

estar do sistema cliente. Esta sofre modificações ao longo do tempo, como resultado do confronto com uma variedade de fatores de stress, expandindo-se ou contraindo-se, de forma a manter a estabilidade do sistema (Neuman & Fawcett, 2011; Stanhope e Lancaster, 2011). Finalmente, as **linhas de resistência**, as mais internas, são ativadas involuntariamente, como por exemplo o sistema imunitário, quando um fator de stress invade a linha normal de defesa, procurando estabilizar o sistema.

O **ambiente** consiste nas forças internas e externas que circundam o cliente, influenciando e sendo influenciadas por ele, em qualquer momento, como um sistema aberto. De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, quando as partes do sistema estão num estado de equilíbrio dinâmico, as necessidades do sistema são satisfeitas, resultando no bem-estar e estabilidade do mesmo.

A capacidade de resistência de um determinado sistema é o resultado, da interdependência das cinco variáveis do sistema cliente (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) e também da interação com o contexto do cliente, que inclui os recursos próprios e a auto percepção relativamente aos fatores de stress.

A **enfermagem** é uma intervenção-preventiva para restaurar, realizar e manter a saúde ou bem-estar ótimos para o cliente-sistema. A intervenção-preventiva pode ser primária, secundária e terciária, conforme a linha que se pretende defender e/ou fortalecer face aos stressores (Rocha, 2013).

No contexto do suporte social, este modelo concebe que a intervenção de enfermagem possa ser realizada por ação indireta sobre o ambiente do cliente, através da interação com a rede social, da ação direta com o cliente ou através de interações de suporte social ou uso das características funcionais da rede social.

Em síntese, esse modelo direciona o trabalho dos enfermeiros, permitindo aplicar os seus principais conceitos e pressupostos, de modo a facilitar as suas intervenções.

Deste modo, a enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais, reconhecendo e privilegiando o trabalho em equipa e em parceria (OE, 2011). Nesse caso, promove a mobilização de todas as variáveis do sistema para criar um efeito isolador e de proteção através do fortalecimento das linhas de defesa, que ajudam a pessoa idosa a lidar com a ameaça destes fatores no seu bem-estar.

1.3 Literacia em saúde

Em 1986, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde foi aprovada a “Carta de Ottawa”. A promoção da saúde foi definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986, p.1). A Carta de Ottawa veio reorientar as políticas de saúde para uma mudança de um paradigma patogénico para um paradigma salutogénico, dando maior ênfase à promoção da saúde, enquanto valorização das medidas positivas que levam a ganhos em saúde (Mota, 2018).

A promoção da literacia em saúde apresenta-se como uma estratégia eficaz que aborda simultaneamente a saúde e a educação (Kickbusch, 2008). A educação para a saúde é mais do que um componente da literacia em saúde, não podendo ser reduzida à transmissão de informação. É também uma forma de capacitação das comunidades para fazerem as escolhas mais acertadas, produzindo ganhos em saúde e promovendo a sua autonomia e responsabilidade.

A OMS define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019, p.6).

A literacia em saúde implica conhecimento, motivação e competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde. Deste modo, esta competência permite formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (DGS, 2019). Quando se elencam as dimensões da literacia em saúde, sobretudo quanto ao acesso, compreensão e uso da informação, reconhece-se a literacia em saúde como um verdadeiro determinante da saúde (Vaz de Almeida, 2020).

Segundo Almeida e Veiga (2020), a investigação sobre determinantes da saúde relata que a literacia em saúde tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, organizações e comunidades, particularmente quando as sociedades passam por condições adversas, como a pandemia pelo *SARS-CoV-2*.

A literacia em saúde é considerada como um dos recursos que desempenha um papel importante no aumento da resiliência e bem-estar individuais, é também um resultado de ações de promoção da saúde, tais como educação, mobilização social e advocacia, através da defesa dos interesses dos cidadãos (Nutbeam, 2000).

De acordo com os resultados do Inquérito sobre literacia em saúde em Portugal 2016 (ILS-PT), comparando com os países participantes no *Health Literacy Survey EU 2014* (HLS-EU), é o país que apresenta menor percentagem de pessoas com um nível excelente de literacia em saúde (8,6%) em relação à média europeia (16,5%). Encontra-se em 2º lugar no que se refere à percentagem de pessoas com nível suficiente de literacia em saúde (42,4%), sendo que a média europeia é de 36% (DGS, 2018).

O ILS-PT identificou grupos muito vulneráveis, entre os quais as pessoas idosas, que registam níveis de literacia “problemático” ou “inadequado” (DGS, 2018). Segundo Martins (2020, p.41) “...significa que não consegue interpretar e usar a informação escrita, tendo dificuldade em entender/assimilar as recomendações feitas pelos profissionais de saúde, contribuindo para um maior risco da sua saúde”.

Contudo, a literatura menciona que os efeitos de um inadequado nível de literacia em saúde, podem ser atenuados através de apoio social ou pelas características do próprio sistema de saúde (Pedro et al, 2016). Neste sentido, a literacia e a saúde devem ser estabelecidas numa perspetiva de complementaridade, ajustando as estratégias de comunicação aos diferentes contextos. A adequação das melhores práticas de promoção de literacia em saúde deve considerar, sempre, o estadio de desenvolvimento e o nível de literacia de cada pessoa. (DGS, 2019).

De acordo com o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde-Capacitação dos Profissionais de Saúde “alguns contextos específicos devem ser considerados como aliados neste processo, como universidades seniores, lares e centros de dia, utilizando-se os canais existentes (e.g., sessões presenciais de esclarecimento, panfletos informativos)” (DGS, 2019, p. 35). Almeida e Veiga (2020) no estudo descritivo transversal, sobre os determinantes sociais e a literacia em saúde dos idosos, concluíram que o apoio do centro de dia nas diversas atividades e a relação diária dos idosos com esta organização social, são fatores que promovem o bem-estar. Referem ainda, necessidade de enquadrar as organizações sociais como investimentos promotores de literacia em saúde, uma vez que é nestas organizações que uma grande parte desta população está diariamente em contacto e, portanto, muito próximo das intervenções favoráveis para melhorar a sua literacia em saúde.

Assumindo esta problemática, foram implementadas políticas de saúde com várias medidas e iniciativas, tais como a criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, na DGS, em 2017, com enfoque estratégico na literacia em saúde e no Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados, estratégias alinhadas com o PNS.

A literacia na saúde adquire, neste contexto, uma importância fundamental, na medida em que constitui um elemento essencial para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Segundo Barbosa (2013) “...não só é indispensável que esse prolongamento (da idade) seja acompanhado de qualidade e bem-estar, como é cada vez mais urgente que as pessoas entendam a conveniência em chegar a idades avançadas nas melhores condições possíveis de saúde”.

O acesso à informação e as oportunidades de aprendizagem, numa abordagem de aprendizagem ao longo da vida, são fundamentais para facilitar a adaptação das pessoas idosas aos desafios quotidianos, potenciando as capacidades, recursos e confiança necessários à manutenção da sua independência e integral participação social (Serrão, 2014).

2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A Constituição da República Portuguesa desde a sua criação em 1976, menciona no artigo 64º que: “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, conferindo um caráter de acesso universal e simultaneamente uma responsabilidade de todos. Posteriormente, a Lei nº 56/79 que criou o Serviço Nacional de Saúde (SNS), concretizou o direito à proteção da saúde, a prestação de cuidados globais de saúde e o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, nos termos da constituição.

Na Conferência Internacional de Alma-Ata (ex – URSS, 1978) sobre CSP, estes foram reconhecidos como: “Cuidados de saúde ... universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (OMS, 1978).

Neste sentido, os CSP contemplaram uma intervenção comunitária de proximidade e de acesso universal, no controlo dos problemas e na prevenção das doenças. Em Portugal, assistiu-se à promoção da melhoria das condições sanitárias, controlo das doenças transmissíveis na comunidade e vigilância materno-infantil, com forte impacto na redução da mortalidade infantil, para a qual contribuiu a imunização pela vacinação, cujo plano nacional foi iniciado em 1965 (Despacho n.º 12434/2019, Ministério da Saúde).

Um novo movimento de Saúde Pública ao nível mundial é emanado na 1ª conferência Internacional sobre “Promoção da Saúde”, na Carta de Ottawa (Canadá, 1986), onde são definidas estratégias e apoio na implementação de programas, numa abordagem multidisciplinar, reforçando o empoderamento da comunidade para o controlo dos determinantes de saúde, contribuindo para comunidades mais saudáveis e ganhos em saúde (Meireles, 2008).

Estas recomendações internacionais são difundidas em políticas, programas e planos de ação nacionais, com implementação local, produzindo resultados e impactos na saúde das comunidades.

Ao nível nacional os CSP têm sido alvo de várias reformas, sendo a de 2005 considerada uma das mais bem-sucedidas (Resolução do Conselho de Ministros n.º

157/2005, de 22 de setembro de 2005 publicada em Diário da República a 12 de outubro) quando foi criada na dependência direta do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Esta estrutura tinha como objetivo reestruturar o SNS e centralizá-lo nos CSP, através de diversas estratégias: reconfiguração dos centros de saúde, implementação das Unidades de Saúde Familiar, desenvolvimento e reforço dos cuidados continuados, entre outras medidas (Pisco, 2007). Posteriormente, seguiram-se outras alterações a nível da estrutura orgânica, com a criação, em 2006, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006) e dos ACES em 2008 (Decreto Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

Estas reformas enfatizaram igualmente a importância dos cuidados de saúde de proximidade, a centralização no cidadão, o estabelecimento de metas centradas nos resultados e no desempenho, a promoção da saúde, o reforço das ações na comunidade, através da inter-sectorialidade e a realização de parcerias em saúde. (Santos et al, 2010).

No relatório da Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde - Área dos Cuidados de Saúde Primários (2015-2019, p.20) emergem aspetos positivos e negativos.

Principais aspetos positivos:

- O portal do SNS iniciou uma nova era para a informação, a educação, a literacia e a participação dos cidadãos.
- As áreas dedicadas à reforma do SNS no âmbito dos CSP, e o BI-CSP, como ferramentas fundamentais para o planeamento, monitorização, melhoria contínua e a prestação de contas.
- O aumento da resolutividade dos CSP com a cobertura nacional por UCC, a inclusão de profissões como os psicólogos, nutricionistas, a oferta da saúde oral na vertente preventiva e curativa e as experiências piloto de gestão integrada dos percursos de cuidados dos doentes.

Como principais aspetos negativos:

- A incapacidade de conseguir uma gestão estratégica dos recursos humanos, profissionais altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade.
- O foco da governação estar muito centrado nas organizações, espartilhadas por níveis de cuidados que comunicam mal entre si e muito orientado por programas de saúde ainda demasiado verticais.

De acordo com Sakellarides, “as transformações indispensáveis para responder a estes desafios são complexas e muito exigentes. É preciso ativar, no conjunto da sociedade portuguesa, fatores indutores e facilitadores de mudança – arquiteturas, processo e instrumentos colaborativos...” (2020, p.133).

2.1 Contextualização do local de estágio

Este estágio decorreu desde 9 de setembro a 19 de dezembro de 2020, no ACES Loures/Odivelas, na UCC de Odivelas “Saúde a seu Lado”. É uma unidade funcional que presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo. Também atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, no artigo 11º).

Tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, procurando assegurar respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, em parceria com estruturas da comunidade local (Fonseca, 2017)

Situa-se no concelho de Odivelas e dá resposta às freguesias de Odivelas, Olival de Basto e Póvoa Santo Adrião e Ramada e Caneças. Segundo os dados da Pordata referentes a 2019, há 160.688 residentes no concelho da Odivelas, distribuídos pelas UCC “Saúde ao Seu lado” e pela UCC “Nostra Pontinha”. De referir o aumento da população residente no concelho, que se situava em 143851 habitantes, no ano de 2010. A área geográfica de influência desta UCC abrange 102634 utentes.

Relativamente ao género, observa-se homogeneidade na população residente, 48% de homens e 55% mulheres. Em relação ao número de nascimentos no concelho, aumentou, entre 2010 e 2018, de 1749 para 1864, valores superiores e em ordem crescente às evidenciadas a nível nacional. Quanto aos óbitos, assim como na realidade nacional, também têm vindo a aumentar. (Pordata, 2021)

As pessoas idosas representam 20,9% da população, valor ligeiramente inferior quando comparado à taxa nacional de 22%. De referir, o aumento da população idosa no concelho, que se situava em 16,3%, em 2010. (Pordata, 2021). O que tem repercussões no índice de envelhecimento, atualmente de 127%, ainda assim inferior ao resto do país,

161,3%. O índice de dependência da população total é de 61.59%, sendo que nos idosos é de 36% e nos jovens de 25.59% (Pordata, 2021)

A UCC é formada por uma equipa multidisciplinar, de acordo com a especificidade de cada área de intervenção e as competências pessoais, técnicas e científicas dos seus elementos. A equipa é composta por: 16 enfermeiros, 2 assistentes operacionais, 3 médicos, 2 técnicos superiores de serviço social, 1 assistente técnica, 1 fisioterapeuta, 1 psicóloga e 1 voluntário.

Esta unidade tem está dividida em duas principais equipas de trabalho: a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a Equipa de Projetos de Intervenção Comunitária (EPIC). A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) deixou de pertencer ao âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e da UCC, devido à criação da Rede Nacional de Cuidados Paliativos. No entanto, esta equipa partilha o mesmo espaço da UCC, assim como os recursos humanos existentes, inferiores às necessidades reais, que também desenvolvem atualmente a sua atividade na ECCI.

A intervenção da UCC tem em consideração os problemas de saúde prioritários descritos no PNS, no Plano Local de Saúde (diabetes, doenças cardiovasculares, tumor da mama feminina, obesidade e doenças do aparelho digestivo), nos dados do Serviço de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS) e nos dados da vigilância epidemiológica da população da área de influência da UCC.

A sua oferta de serviços contempla vários projetos, inseridos nos programas de saúde, desenvolvidos em parceria: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Saúde Oral; Programa Nacional para a Diabetes; Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e de Planeamento Familiar. A destacar, outro projeto “Promoção de Bem-estar” dirigido aos profissionais da equipa com vista à formação pessoal e profissional da equipa da UCC. Ainda a salientar outras parcerias com a Equipa de Prevenção para a Violência no Adulto e no Plano Estratégico Concelhio de Prevenção das Toxicodependências.

Alguns destes projetos encontram-se suspensos dado o contexto atual de pandemia, outros aguardam por recursos financeiros, humanos e materiais para poderem ter início e/ou dar continuidade aos mesmos.

3. METODOLOGIA

Após o exposto nos capítulos anteriores, entende-se ser necessário, para a intervenção comunitária proposta, avaliar a satisfação das pessoas idosas com o suporte social (suporte percebido) e respetivas trocas na rede social (suporte recebido) durante a pandemia.

O Planeamento em Saúde foi a metodologia aplicada em conformidade com o estabelecido pela OE para a Especialidade de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCSP) (Regulamento nº 428/2018). As orientações metodológicas adotadas foram as de Imperatori e Giraldes (1993) que definem o Planeamento em Saúde como a “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos” (p.23).

O Planeamento em Saúde, como processo contínuo e dinâmico, apresenta seis etapas consecutivas: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, a preparação da execução e a avaliação do projeto. (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação, como primeira etapa do Planeamento em Saúde, impõe o conhecimento do estado de saúde (problema de saúde) entendido como deficiente pelo próprio, os profissionais de saúde ou a coletividade, e determinar a necessidade para o resolver (Tavares, 1990).

Esta fase exige a identificação das necessidades sentidas, aquelas que são expressas pela comunidade e das reais, determinadas pelo conhecimento científico, fazendo a sua articulação de forma a que comunidade participe e se envolva no processo.

O diagnóstico de situação de saúde deverá ser suficientemente alargado aos setores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1.1 Seleção da população e amostra:

Caraterização do parceiro social:

Na área de influência geográfica da UCC de Odivelas “Saúde a Seu Lado” existem 6 IPSS’S, dado os limites temporais do estágio, apenas foi possível desenvolver o projeto numa delas.

Um dos parceiros sociais da UCC é a CRPI – PSA (Comissão de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião), que foi selecionada, pela disponibilidade demonstrada para o projeto e por ainda não ter sido alvo de intervenção por parte da UCC.

A CRPI – PSA recebe utentes das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto e está em funcionamento há 33 anos. Tem como missão: “a prestação de cuidados individualizados e personalizados, no meio natural de vida, a indivíduos e suas famílias que, por motivo de doença, idade, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades e/ ou atividades da vida diária” (CRPI-PSA, 2019). Apresenta as seguintes valências: centro de dia, centro de convívio e serviço de apoio domiciliário. Assim, é constituída por uma equipa multidisciplinar: direção técnica, animadora sociocultural, psicóloga, técnica superior de serviço social, ajudantes de ação direta, informático e, pontualmente, um enfermeiro.

Os serviços desta instituição são diversificados: apoio psicossocial; refeitório/entrega de refeições; higiene pessoal e conforto; gabinete de imagem: cabeleireiro, manicure e pedicure; higiene habitacional; tratamento de roupa; transporte adaptado; acompanhamento ao exterior; aquisição de bens e serviços; pequenas reparações no domicílio; enfermagem (apoio na preparação da medicação, medição da tensão arterial e glicemia) (Anexo I).

Esta instituição também dinamiza e impulsiona atividades socioculturais (bailes, grupos musicais, clube do movimento) e psicoeducativas (Projeto com Sentido (S)), com importante adesão pela comunidade envolvida.

Fase preparatória:

Para o desenvolvimento deste projeto, realizaram-se várias reuniões com os diferentes agentes neste processo: enfermeira orientadora clínica, assistente social da UCC; presidente, diretora e animadora sociocultural da IPSS. O objetivo destas reuniões foi recolher informação sobre a caraterização desta instituição relativamente: às funções, capacidade, acesso e identificar necessidades das pessoas idosas que frequentavam o centro de dia. (Apêndice II).

Esta fase preparatória, que decorreu entre os meses de setembro e outubro de 2020, foi crucial para o conhecimento da rede social e identificar as pessoas potencialmente disponíveis para participar neste projeto, bem como as atuais relações de apoio efetivas que podiam ser mobilizadas.

População e amostra:

Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas ou elementos, que têm características comuns. Considera-se a população os 39 utentes que frequentavam o centro de dia e atualmente têm apoio domiciliário, dada a suspensão do centro de dia, devido à pandemia.

A amostra é não probabilística, por conveniência, visto que os indivíduos não têm todos a mesma probabilidade de serem selecionados, assim é constituída por sujeitos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009). Com a colaboração de informantes privilegiados nomeadamente a direção técnica da IPSS e de acordo com os critérios de inclusão, a amostra foi constituída por 16 pessoas idosas.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"> • ter frequentado o centro de dia, antes da pandemia • idade \geq 65 anos • Aceitar participar livremente e assinar o consentimento informado 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter doença psiquiátrica ou demência diagnosticada • Recusar participar no projeto

3.1.2 Método e instrumentos de colheita de informação

Inerente à concretização de qualquer projeto, a recolha de dados assume-se como fundamental à programação das ações a desenvolver para a sua implementação.

Após a identificação da amostra, foram escolhidos os instrumentos de colheita de informação para a realização do diagnóstico de situação, de modo a identificar as possíveis áreas de intervenção.

O instrumento escolhido foi o questionário, como método de colheita de dados tem por objetivo recolher a informação relativa a acontecimentos, situações conhecidas, atitudes, comportamentos, entre outros. (Fortin, 2009)

O questionário é constituído por 2 partes. Uma parte que avalia o perfil da pessoa idosa, onde se pretende responder à caracterização sociodemográfica, tendo por base as variáveis da estrutura básica descritas no Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Outra parte do questionário avalia o suporte social recebido, seguindo as recomendações de Stewart (1993), pretendeu-se identificar as características estruturais da rede (tamanho e composição), características funcionais (funções dos elementos da rede), e necessidades de suporte social (não recebido). Esta opção deveu-se à inexistência de instrumentos validados para Portugal para avaliar o suporte social recebido, assim foram elaboradas questões sobre: a composição e a frequência dos contatos, funções do suporte social (emocional, instrumental e/ou de informação) e outras questões que serviam necessidades de informação.

E por último, para avaliar o suporte social percebido, foi aplicada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999) (Anexo II). A escala é composta por 15 itens que se agrupam em 4 dimensões. O fator “satisfação com os amigos” mede a satisfação com as amizades/amigos que inclui os itens n.º 3, 12, 13, 14 e 15. O fator “intimidade” mede a perceção da existência de suporte social íntimo e inclui os itens n.º 1, 4, 5 e 6. O fator “satisfação familiar” mede a satisfação com o suporte familiar existente e inclui os itens n.º 9, 10 e 11. O fator “atividades sociais” mede a satisfação com as atividades sociais que realiza e inclui os itens n.º 2, 7 e 8. Os itens são afirmações e a pessoa responde em conformidade com o seu grau de concordância com a afirmação. Concordo totalmente corresponde (1), concordo na maior parte do tempo (2), não concordo nem discordo (3), discordo a maior parte do tempo (4) e discordo totalmente (5). A cotação por dimensões pode ser convertida para uma pontuação 0 e 100 para comparação. Deste modo, entre 0 e 33, há perceção baixa, entre 34 e 65, média e entre 66 e 100, alta.

Como pré-teste (questionário A) aplicou-se o instrumento de colheita de informação a 2 pessoas, com características semelhantes, que não pertenciam à população e não foram incluídos na amostra. Após a análise de resultados, foram eliminadas as questões sobre a caracterização económica, visto que causaram desconforto e reserva na resposta, tendo sido aplicado à amostra de pessoas idosas o questionário B. Estes questionários encontram-se no apêndice III.

A recolha de informação decorreu no período de 5 a 10 de novembro. O preenchimento dos questionários foi feito pela mestrandia uma vez que, se pretendia garantir

o preenchimento total dos itens e esclarecer dúvidas por parte das pessoas idosas, atendendo às características das pessoas idosas.

As pessoas foram contactados por telefone pelas pessoas responsáveis da IPSS, com o intuito de autorizar o acesso da mestranda à morada. A recolha de informação foi realizada durante uma visita domiciliária, e em alguns casos as pessoas deslocaram-se ao centro de dia para a campanha da vacina da gripe e responderam aos questionários no local.

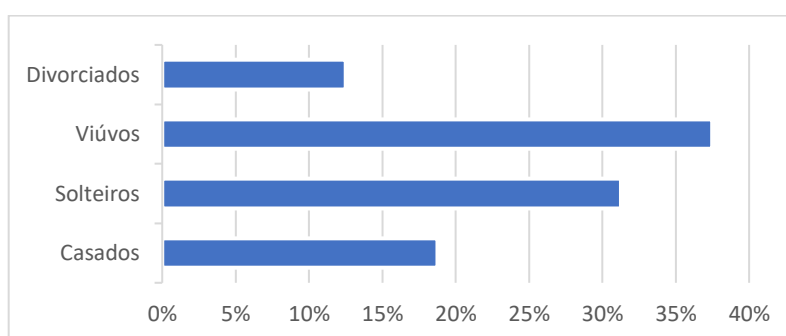
3.1.3 Apresentação e análise dos resultados

De acordo com Fortin (2009) a apresentação e análise de resultados inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. O tratamento dos dados quantitativos foi efetuado recorrendo ao programa informático *Excel Office 365®*, com posterior apresentação gráfica através da análise da estatística descritiva (Apêndice IV). A informação qualitativa, que correspondem às necessidades expressas e sentidas das pessoas idosas são apresentadas tendo por base o método de análise de conteúdo categorial, segundo Bardin (2008).

Da análise dos dados, resultaram as seguintes conclusões, que em si suportam o diagnóstico de situação, começando pela **caraterização sociodemográfica**:

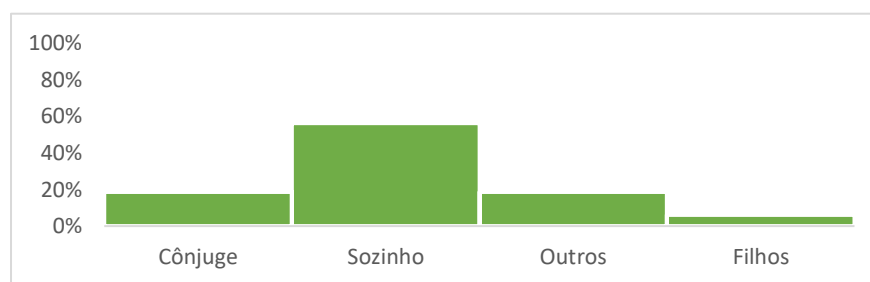
- A amostra é constituída por 16 pessoas, homogénea em relação ao género, 50% são do sexo masculino e 50% são do sexo feminino.
- A faixa etária predominante é entre os 76-85 anos (56%), sendo a idade média de 81,3.
- Relativamente à escolaridade, cerca de 44% possuem o 1º ciclo (antiga 4ª classe).

Gráfico 1 – Estado civil



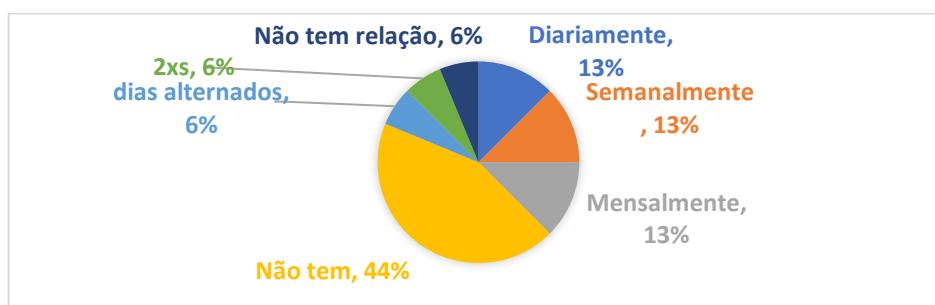
- Em relação ao estado civil, a maioria são solteiros (31%) ou viúvos (38%), seguidos do estado civil casados (19%) e por último, divorciados (13%).

Gráfico 2 – Com quem vive



- A maioria das pessoas idosas vive sozinha (56%), as restantes vivem com o cônjuge (19%), outros familiares (19%) e 6% vive com os filhos.

Gráfico 3 – Frequência de interação com os filhos



- Apesar da rede de suporte deste grupo etário ser os filhos (família nuclear), a maioria não tem filhos (44%), e os que têm, a frequência da interação é variável, entre diariamente (13%), semanalmente (13%), e mensalmente (13%).
- Em relação às preferências pessoais para ocupar o tempo livre, a maioria gosta de ouvir música (15%), ver TV (14%), fazer jogos (13%), conversar (13%), fazer caminhada (11%), com menor frequência as atividades de ler (8%), trabalhos manuais (7%) e pintar (6%).
- Quanto ao uso das tecnologias, 88% das pessoas usam telemóvel e apenas 13% usam a internet.

O número de famílias unipessoais com mais de 65 anos foi aumentando ao longo dos anos, inicialmente devido à morte do cônjuge, ou familiares e amigos, e de seguida devido ao facto das famílias viverem distantes, quer devido à emigração para as cidades quer para outros países (Rosa, 2012). Apesar da amostra ser reduzida, espelha a realidade nacional, segundo os últimos dados da Pordata (2020), existem 54,9% de pessoas idosas a viverem sozinhas.

Apoio Social Recebido

O tratamento desta informação foi baseado na análise de conteúdo tipo categorial (Bardin, 2008). Utilizando esta análise qualitativa, procura-se um maior conhecimento sobre o significado das palavras, tentando conhecer a realidade através das mensagens que foram transmitidas e recebidas. Esta técnica propõe-se analisar o que é explícito no texto (as significações/conteúdo e formas) e na prática da linguagem para conseguir indicadores que permitam fazer inferências sobre quem a utiliza.

Após a primeira fase da análise de conteúdo, com a leitura do material recolhido, seguiu-se a codificação e conseqüente formulação de unidades de registo e categorias. A unidade de registo foi o tema, a unidade de contexto foi a resposta ao tema e a unidade de enumeração a frequência da resposta ao tema. O questionário é constituído por 3 temas: composição da rede, funções e pelas necessidades de suporte social formal (suporte não recebido), de acordo com Sluzki (1998) As categorias representam as respostas aos temas. A análise completa dos dados encontra-se no apêndice V.

No que se refere ao apoio social recebido, a totalidade das pessoas idosas responderam que tinham suporte social. Todas as pessoas questionadas têm o apoio da IPSS 5 vezes por semana, no fornecimento de refeições e algumas pessoas contam com apoio de outros serviços, nomeadamente transporte, higiene pessoal e apoio na aquisição de bens (farmácia, supermercado).

Os resultados obtidos sobre as características estruturais da rede, assim como as necessidades sentidas e expressas em relação ao suporte social formal encontram-se no quadro 2.

Quadro 2 – Suporte social recebido e necessidades de suporte social

TEMA	CATEGORIA	FREQUÊNCIA
Composição da rede (Formal e Informal)	Filhos	7
	Vizinhos/amigos	5
	Outros familiares	4
	IPSS	4
Funções da rede de apoio (Formal e Informal)	Apoio material/ instrumental e técnica/serviços	20
	Apoio emocional	5
	Guia cognitivo e de conselhos	1
	Companhia social	1
Necessidades de Suporte Social Formal	Atividades Socioculturais (convívio, jogos, dança)	19
	Apoio psicológico (conversar, companhia)	11
	Atividades Ocupacionais (trabalhos manuais, ginástica)	11

Pode-se verificar que as respostas sobre a **composição rede de suporte social** foram agrupadas em 4 categorias, apenas 7 pessoas da amostra têm como principal rede de suporte os filhos, as restantes pessoas identificam a sua rede noutros familiares, vizinhos/amigos e na IPSS. As **funções da rede** dividem-se em 4 categorias, sendo a mais prevalente a categoria referente ao apoio material e instrumental que se refere aos serviços de alimentação, higiene e limpeza sumária da casa, tratamento de roupa, transporte, gestão e organização de medicação, pequenas compras. Seguida do apoio emocional, que se caracteriza por disponibilidade de alguém com quem se pode falar, integram expressões ou demonstrações de amor, afeto, carinho, simpatia, empatia, estima. O guia cognitivo e de conselhos é constituído pelas orientações e aconselhamentos recebidos, foi a categoria menos frequente, assim como a companhia social.

Em conformidade com as categorias definidas por Sluzki (1998), a categoria de regulação/ controlo social, caracterizada por interações que relembram à pessoa quais as suas responsabilidades e papéis, ajudando-a a não efetuar desvios comportamentais e a resolver conflitos, e a categoria de acesso a novos contatos, não foram mencionadas pelas pessoas idosas. Não ficando esclarecido se por falta de procura por este apoio ou falta de conhecimento sobre o apoio existente.

Quando questionados sobre as **necessidades de suporte social formal**, durante a pandemia, após a suspensão do centro de dia, sobressai a necessidade das atividades socioculturais seguido do apoio psicológico e das atividades ocupacionais.

Estas respostas são caracterizadas por necessidades de convívio, fazer jogos, conversar e companhia, especialmente pelas pessoas que viviam sozinhas. É importante que as pessoas idosas criem novas relações e fortaleçam as existentes de modo a terem alguém para partilhar pensamentos, sentimentos e vivências, pois, as relações “são as âncoras em que estruturamos as nossas prioridades e uma convivência harmoniosa com os outros faz-nos sentir seguros, apoiados e compreendidos...” (Araújo & Melo, 2011, p. 158).

As necessidades sentidas e expressas, motivadas pelo desejo de conservação cognitiva e física da pessoa, compreende a procura de soluções para a manutenção da interação social da pessoa, de forma a minimizar o risco de isolamento social. Segundo Martins(2020), as redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

Segundo Mesquita (2011), os idosos que possuem uma maior rede social, obtêm maior suporte social e que uma alta-frequência de interações sociais leva a um menor declínio funcional e a uma maior longevidade. Nardi & Oliveira (2008) confirmam que a existência de redes sociais é de extrema importância para a satisfação das necessidades da pessoa idosa, e influenciam diretamente e/ou indiretamente a qualidade de vida.

Apoio Social percebido

Os resultados relativos ao grau de satisfação com suporte social existente, total e por fatores, com pontuação convertida (0-100%), encontram-se no quadro 3.

Quadro 3 - Grau de satisfação com o suporte social, total e por fatores.

GRAU DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL	DIMENSÕES								SATISFAÇÃO SUPORTE SOCIAL (Total)	
	Intimidade		Atividades Sociais		Satisfação com Amigos		Satisfação com Família		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baixo (entre 0 e 33)	1	6%	10	63%	2	13%	2	13%	1	6%
Médio (entre 34 e 65)	7	44%	5	31%	1	6%	2	13%	10	63%
Alto (entre 66 e 100)	8	50%	1	6%	13	81%	12	75%	5	31%
Total	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%

Os dados referentes à pontuação total da escala encontram-se no apêndice VI.

A maioria das pessoas idosas (63%) avalia o grau de satisfação com suporte social como médio. Contudo, entre as dimensões, as atividades sociais é a única cujo somatório tem satisfação de grau baixo. Para além disso, conforme é apresentado no quadro 4, é o fator com menor mediana.

Quadro 4 - Mediana por fatores da escala de satisfação com o suporte social

DIMENSÕES			
Intimidade	Atividades Sociais	Satisfação com Amigos	Satisfação com Família
67.5	33.3	68.0	80.0

Este resultado já era expectável, visto que as atividades sociais eram desenvolvidas no centro de dia, que atualmente está encerrado. A aplicação desta escala vem dar visibilidade à importância destas atividades no quotidiano destas pessoas. A participação social conduz assim a um envelhecimento ativo, proporcionando níveis elevados de bem-estar e uma qualidade de vida satisfatória. (Mesquita, 2011).

Na investigação de Paúl (2005, p.284) constatou-se a importância de uma rede de suporte social, bem como do suporte percebido ao longo da vida dos indivíduos, concluindo-se que a “existência de redes de suporte social são um importante elemento de bem-estar e saúde física e mental dos idosos”

Na generalidade dos estudos, é consensual que o suporte social e as redes sociais de apoio à pessoa idosa, podem atuar diretamente como prevenção do stress, das perturbações mentais e emocionais, contribuindo uma maior longevidade desta população no seu curso de vida, como também para uma participação ativa na sociedade, ou seja, para um envelhecimento ativo (Mesquita, 2011).

Artigos contemporâneos sobre esta temática (Wu, 2020), referem-se às consequências do confinamento pela pandemia, como tendo um profundo e a longo prazo impacto na saúde e bem-estar, em particular das pessoas idosas.

3.1.4 Diagnósticos de enfermagem

O Modelo de Betty Neuman baseia-se na reação ao stress e nos fatores envolvidos na adaptação do seu sistema. Assim, a sua aplicação permite compreender o que desencadeou a situação atual, identificando os fatores de stress presentes, bem como a planear intervenções de enfermagem, com vista à resolução dos seus problemas no sentido

de atingir a restauração e/ou manutenção do seu bem-estar. Estas intervenções situam-se ao nível da prevenção primária, sendo que a capacitação dos clientes é promovida através do fortalecimento da linha flexível de defesa e da prevenção dos stressores e dos fatores de risco.

Perante os problemas/necessidades encontradas, tendo como suporte o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, foram identificados os diagnósticos descritos no quadro 5, de acordo com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2019.

Quadro 5 – Diagnósticos de enfermagem

Tipologia de Informação	MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN (2011)	CIPE® (2019)
Qualitativa	Stress intrapessoal com alteração da variável psicológica Necessidades sentidas de apoio psicológico	Falta de Apoio Emocional
Qualitativa e quantitativa	Stress interpessoal e extrapessoal com alteração das variáveis psicológica e sociocultural - Baixa satisfação com o suporte social, na dimensão das atividades sociais - Necessidades sentidas de atividades socioculturais - Necessidades sentidas de atividades ocupacionais (trabalhos manuais, ginástica)	Falta de Apoio Social
Quantitativa	- 56% das pessoas idosas vivem sozinhas - 44% não tem filhos	Risco de Isolamento Social

3.2 Definição das prioridades

A definição de prioridades diz respeito ao processo de tomada de decisão. Permite selecionar um dos problemas detetados, pois não é possível trabalhar com todos os problemas e têm de ser devidamente hierarquizados (Imperatori & Giraldes, 1993). É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá consequentemente determinar a fase seguinte, que é o estabelecimento de objetivos (Imperatori & Giraldes 1993).

Esta priorização baseou-se num consenso entre a direção técnica da IPSS e a enfermeira orientadora, após a análise da informação recolhida.

Assim, foi selecionado o método de Halon, constituído por 4 critérios: (A) a amplitude ou magnitude do problema, (B) a gravidade do problema, (C) eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990). A classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da seguinte fórmula: valor de prioridade = [(A+B) CxD].

Quadro 6 – Critérios do Método de Halon

Amplitude	Gravidade	Eficácia da solução	Exequibilidade
2 - 0-20%			
4 - 21-40%	4 - Pouca Gravidade	0,5 - Solução difícil	0 - Não exequível
6 - 41-60%	7 - Média Gravidade	1 - Solução razoável	1 - Exequível
8 - 61-80%	10 - Muita Gravidade	1,5 - Solução fácil	
10 - 81-100%			

A amplitude ou magnitude do problema (A) corresponde à percentagem de pessoas afetadas pelo problema, sendo avaliada numa escala de 0 a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo (Pineault & Daveluy, 1987; Tavares, 1990). A gravidade do problema (B) pode ser analisada de várias formas, de modo geral, é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos, a pontuação deste critério varia numa escala de 0 a 10. A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema (C) é ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, sendo que esta forma de pontuar tem como efeito reduzir ou aumentar a soma dos dois primeiros critérios, caso a solução seja inexistente ou disponível, respetivamente (Pineault & Daveluy, 1987)

A exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) é um critério que integra as seguintes componentes da sigla PEARL: pertinência (P), exequibilidade económica (E), aceitabilidade (A), recursos disponíveis (R) e legalidade (L) (Tavares, 1990). Desta forma, os critérios têm

somente dois valores possíveis, exequível equivalente a 1 e não exequível a 0, ou seja se o fator $D=0$ o problema é eliminado, de acordo com a fórmula $[(A+B) C \times D]$ (Tavares,1990).

A priorização dos diagnósticos encontra-se descrita no quadro seguinte:

Quadro 7 – Priorização dos diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos de enfermagem	A	B	C	D	Valor da prioridade	Ordem Final
Falta de apoio social	10	4	0,5	1	$(10+4)0,5 \times 1 = 7$	3º
Falta de apoio emocional	8	7	1	1	$(8+7)1 \times 1 = 15$	2º
Risco de isolamento social	6	10	1	1	$(6+10)1 \times 1 = 16$	1º

3.3 Fixação dos objetivos

A terceira etapa do planeamento caracteriza-se pela fixação de objetivos. Para Imperatori & Giraldes (1993) é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. Os mesmos autores consideram-se 4 aspetos principais: a seleção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, a determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários, a fixação dos objetivos a atingir a médio prazo e a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Segundo Giraldes (1993) o primeiro passo desta etapa é a seleção dos indicadores que melhor traduzam a dimensão atual desses problemas, nomeadamente indicadores de atividade ou de execução e indicadores de resultado ou de impacto.

Deste modo, foi definido como **indicador de atividade/execução**, o nº de sessões realizadas em relação ao nº de sessões programadas e o nº de folhetos e imans distribuídos durante as sessões. Serão ainda avaliados o índice de atenção e o índice de participação percebidos, mediante a observação, não estruturada, em cada intervenção. Como **indicadores de resultado**, foram definidos: a satisfação dos participantes em relação à SEpS e a aprovação do projeto pelas instituições. Os indicadores de atividade e de resultado encontram-se discriminados no quadro 8. A projeção da tendência, situação futura do problema de acordo com a sua evolução natural, não é determinável por não existirem dados anteriores disponíveis sobre o suporte social na área geodemográfica.

Objetivo geral:

Contribuir para a literacia em saúde para o uso das redes de suporte social formal das pessoas idosas, que frequentavam o centro de dia antes da pandemia, numa IPSS da área geográfica da UCC “Saúde a Seu Lado”, no período de setembro a dezembro de 2020.

Objetivos específicos:

- valorizar o uso das redes de suporte social, para a minimização do isolamento social e falta de apoio emocional e social;
- aumentar as atividades sociais, através de um projeto de articulação intergeracional com parceiros da comunidade;
- colaborar em parcerias comunitárias para aumentar o suporte social formal;
- envolver a equipa da UCC no projeto, promovendo a sua continuidade.

Quadro 8– Objetivos, indicadores de atividade e de resultado

Objetivos Específicos	Atividades	Resultados
Valorizar o uso das redes de suporte social, para a minimização do isolamento social e falta de apoio emocional e social	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de sessões para a saúde: “Reinventar o centro de dia, capacitar para a saúde melhorar” - Exercícios práticos de atividade física em grupo - Oferta de um folheto pedagógico e uma frase motivacional com um íman 	<ul style="list-style-type: none"> - 80% das pessoas idosas presentes na SEpS - 50 % das pessoas idosas participem ativamente na SEpS - 100% de folhetos e ímans distribuídos em cada sessão
Aumentar as atividades sociais, através de um projeto de articulação intergeracional	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Projeto de articulação entre a IPSS e a escola - Desenvolvimento de uma relação de parceria baseada na comunicação eficaz e negociação para a construção de respostas adequadas à comunidade 	Projeto recebido e aprovado pela direção da IPSS e da escola
Colaborar em parcerias comunitárias para aumentar o suporte social formal	- Reuniões com a IPSS para exploração de respostas para minimizar o risco de isolamento das pessoas idosas	100% Reuniões realizadas
Envolver a equipa da UCC no projeto, promovendo a sua continuidade ¹	Apresentação do projeto à equipa da UCC	- 50% dos profissionais assistam à apresentação

¹ Atividade Secundária - Não corresponde diretamente ao objetivo geral.

3.4 Seleção das estratégias

A etapa da seleção de estratégias é fundamental no processo de planejamento, pois é onde se pretende novas formas de atuação que permitem alcançar os objetivos definidos. Imperatori & Giraldes (1993, p. 87) define estratégia de saúde “como um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011), para a consecução deste projeto de intervenção comunitária, recorreu-se à prevenção primária como intervenção, através da promoção da saúde com vista ao fortalecimento da linha flexível de defesa, de modo a que a linha normal de defesa do sistema seja protegida. Procurou intervir-se na redução dos fatores de risco, através da educação dos sistemas e fortalecimento dos fatores de resistência.

Tendo em conta a população alvo e o diagnóstico de situação, selecionou-se como estratégia de intervenção a **educação para a saúde**.

De acordo com a OMS (2005), a educação para a saúde constitui a base sobre a qual se desenvolve o potencial do indivíduo e se estabelece uma participação útil na sociedade. Inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente, que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade. A literacia em saúde aborda não apenas a transmissão de informações, mas também a promoção da motivação, as competências pessoais e autoestima necessárias para adotar medidas destinadas a melhorar a saúde (Kickbusch, 2008).

O trabalho em **parceria com a comunidade**, em particular com a IPSS, foi fundamental para a elaboração de estratégias e desenvolvimento do projeto. Nesse sentido, em reuniões com a direção técnica da CRPI-PSA, baseadas na comunicação eficaz e negociação, foram planeadas atividades sob supervisão da orientadora clínica, recorrendo a recursos da instituição nomeadamente à diretora técnica, animadora sociocultural, ajudantes de ação direta e a uma professora externa de yoga. Também foi estimulado o aumento das atividades sociais, através do desenvolvimento de um **projeto intergeracional** com a parceria da escola situado ao lado da CRPI-PSA. (Apêndice VII). A intergeracionalidade consiste na criação e promoção de oportunidades que garantam a construção de relações intergeracionais e a continuidade da educação entre indivíduos de diferentes gerações, de

modo a fomentar a solidariedade, interdependência, reciprocidade, partilha de conhecimentos e a transformação entre indivíduos, contribuindo para a construção de um modelo de sociedade mais justo e solidário (Ferreira, 2017). Assim, surge como resposta ao problema do envelhecimento e como estratégia ao envelhecimento ativo e saudável. As atividades intergeracionais, com crianças e idosos, são uma mais valia, para a valorização das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das sociedades de forma a torná-las mais coesas, solidárias e colaborantes entre si.

O EEESCSP (Regulamento nº 428/2018) deverá promover o trabalho em parceria/rede de forma a garantir uma maior eficácia das intervenções e deve demonstrar habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial.

3.5 Elaboração de programas e projetos

Um programa é “um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129). Por outro lado, um projeto é “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.129). Portanto, o programa desenvolve-se de forma contínua ao longo do tempo, enquanto o projeto se encontra limitado a um determinado período de tempo. Assim, foi elaborado um projeto intitulado: “Reinventar o centro de dia, para as pessoas idosas, em tempo de pandemia”.

3.6 Preparação da execução

Esta etapa deverá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem parte do projeto devem ser concretizadas e, ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.149).

Como linha orientadora para a preparação da execução, foi elaborado um Cronograma de GANTT (Imperatori & Giraldes, 1993), referente às fases do projeto e outras atividades complementares (Apêndice VIII).

Assim, após a apresentação do diagnóstico de situação e priorização, foi feita a escolha das atividades com a enfermeira orientadora e com a IPSS, tendo sido posteriormente elaborado um documento que contempla o planeamento detalhado da sessão

de educação para a saúde, a desenvolver para a intervenção, assim como o material elaborado, folheto informativo e frase motivacional (Apêndice IX).

Procedeu-se à divulgação das sessões através de um convite dirigido às pessoas idosas que aceitaram participar no projeto, entregue pelas ajudantes de ação direta durante a distribuição das refeições no domicílio.

A sessão foi replicada 2 vezes, dado o condicionamento do nº máximo de pessoas relacionado com as diretrizes da DGS (2020). A 2ª sessão foi adiada para o mês de janeiro, pela falta da disponibilidade da instituição e contingências relacionadas com a pandemia.

Para a concretização das SEpS, algumas pessoas idosas deslocaram-se autonomamente à instituição, outras usufruíram do transporte da instituição. A sessão decorreu numa sala ampla, arejada e com o distanciamento que as normas atuais exigem, incluindo o uso generalizado e contínuo de máscara.

Com intuito de enriquecer a sessão e envolver a comunidade, foi convidada uma professora de yoga, que gentilmente aceitou participar com uma aula adaptada ao grupo.

Segundo o manual de boas práticas de literacia em saúde (DGS, 2019, p.32), “a adequação das melhores práticas de promoção de literacia em saúde deve sempre considerar o estadio de desenvolvimento e os níveis de literacia de cada pessoa, permitindo uma personalização das intervenções”. Neste sentido, procurou-se operacionalizar a sessão de acordo com algumas estratégias emanadas pelo manual anteriormente descrito:

- ✓ Promover a autonomia da pessoa idosa e o direito à sua autodeterminação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha;
- ✓ Usar um discurso que contrarie preconceitos e mitos sobre a fraca autonomia e incapacidade de tomada de decisão das pessoas idosas;
- ✓ Ter em conta as (in)capacidades cognitivas, físicas, auditivas e/ou visuais da pessoa;
- ✓ Disponibilizar informações pertinentes, simples e claras;
- ✓ Sublinhar os benefícios a curto prazo de adotar determinados comportamentos;
- ✓ Identificar e listar recursos e formas de apoio.

Para a identificação dos recursos comunitários, foi necessário o seu levantamento, e consequentemente, adaptar as respostas existentes às necessidades das pessoas idosas. O principal intuito foi acrescentar respostas sociais, para além das que a IPSS já fornece e são passíveis de serem usadas no contexto pandémico atual. Assim, foi feita uma pesquisa acerca dos serviços prestados que estão ativos, pelas instituições desta área geográfica, em particular a Câmara Municipal de Odivelas, a qual apenas deu resposta telefónica sobre o

serviço de teleassistência. E o movimento “vizinho amigo”, recurso que se iniciou este ano, após as necessidades reais dos idosos serem percebidas pelos jovens que iniciaram este movimento de voluntariado, a nível nacional. Foram identificados e apresentados outros recursos passíveis de serem utilizados quer pelas pessoas idosas, quer pela instituição de suporte social.

Quadro 9 – Recursos comunitários

Recursos	Serviços
Camara Municipal de Odivelas Divisão de Inovação Social e Projetos Educativos www.cm-odivelas.pt	-Programa SOS Sénior – Teleassistência - Clube do movimento – Treino em casa (Dicas e exercícios para fazer em casa) - Oficina domiciliária
Segurança Social www.seg-social.pt	Legislação sobre medidas de apoio extraordinário às IPSS's - Portaria n.º 85- A/2020 (2020)
Movimento “vizinho amigo” www.vizinhoamigo.org	Voluntariado de jovens para fazer companhia ou ir às compras/deslocações
Linha SOSolidão (800 91 29 90)	linha "gratuita e confidencial", que funciona de segunda a sexta-feira, das 10:00 às 17:00
Lidl Portugal - Programa Mais Ajuda https://institucional.lidl.pt/sustentabilidade/medidas-e-projetos/mais-ajuda	Programa de apoio a projetos que promovam o envelhecimento feliz e saudável, empreendedores de impacto social
Empresa de tecnologia – siosLIFE https://sioslife.com/seninc/home	Tablet Sénior Inclusive - SENINC – “adaptado às necessidades e desafios dos mais velhos!”

A apresentação do projeto à equipa da UCC decorreu no dia 17 de dezembro de 2020, com o intuito de informar sobre os resultados do diagnóstico de situação e avaliar o projeto com vista a dar continuidade ao mesmo. Esta atividade foi considerada secundária, mas não menos importante, visto que não responde diretamente ao objetivo geral. Tendo em conta o limite temporal do estágio, é essencial que a equipa se envolva no projeto e lhe dê

continuidade, promovendo um impacto positivo com ganhos em saúde durante e após a pandemia. Os diapositivos da apresentação encontram-se no apêndice XI.

3.7 Avaliação

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) esta fase de avaliação perante um diagnóstico de saúde, necessita de determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis.

Esta etapa inclui a diferença entre a situação inicial e os objetivos e metas delineados, evidenciando o controlo na execução e os progressos obtidos, permitindo a intervenção regulativa e/ou corretiva e atualização dos projetos, atividades e recursos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para a avaliação deste projeto, recorreu-se a diferentes indicadores: indicadores de atividade/processo, de resultado/impacto, e observação através do índice de atenção e participação.

Relativamente aos índices de atenção e participação percecionados, mediante a observação não estruturada, no decorrer das SEpS, as pessoas idosas demonstraram índices crescentes de atenção, desde o início até ao final. A participação foi heterogénea, alguns participavam muito e contavam vivências pessoais, outras pessoas apenas participavam quando solicitadas. No entanto, em relação às atividades propostas, todos participaram com entusiasmo.

Quanto às atividades desenvolvidas verificam-se, mediante a análise do quadro 10, os indicadores de processo e de resultado das mesmas.

Quadro 10 – Indicadores de processo

Atividades	Indicadores de processo	Meta	Resultado
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de 2 sessões de educação para a saúde: “Reinventar o centro de dia, capacitar para a saúde melhorar” - Exercícios práticos de atividade física em grupo - Oferta de um folheto pedagógico e uma frase motivacional com um íman 	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de execução das sessões = Nº de sessões realizadas / total de sessões planeadas x 100 - Proporção de pessoas que participaram nas sessões = Nº pessoas idosas que participaram nas sessões / nº total de pessoas convidadas para sessões x 100 - Nº de folhetos informativos e imans distribuídos em cada sessão 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% das sessões executadas - 80% das pessoas idosas presentes na SepS - 100% de folheto e imans distribuídos em cada sessão 	<ul style="list-style-type: none"> 100% 80% 100%
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um Projeto de articulação entre a IPSS e a escola - Desenvolver uma relação de parceria para a construção de respostas adequadas à comunidade 	Projeto recebido pela direção da IPSS e da escola		
Apresentação do projeto à equipa da UCC. ²	Proporção de pessoas que participaram na sessão = Nº profissionais que participaram na sessão / nº total de profissionais convidados para a sessão x 100	50% de profissionais presentes na sessão	80%

Quanto aos objetivos específicos formulados para este projeto, metas e resultados verificados no quadro 11, considera-se que os mesmos foram atingidos, ficando alguns como propostas, a aguardar aprovação.

² Atividade Secundária - Não corresponde diretamente ao objetivo geral.

Quadro 11 – Indicadores de resultado

Objetivos específicos	Indicadores de resultado	Meta	Resultados
Valorizar o uso das redes de suporte social, para a minimização do isolamento social e falta de apoio emocional e social, através do ensino sobre envelhecimento ativo e saudável, nas sessões de educação para a saúde	- Satisfação com a sessão de educação para a saúde = Nº pessoas idosas que responderam ao questionário “muito satisfeitas” / nº total de pessoas idosas que participaram nas sessões	80% das pessoas idosas consideraram-se muito satisfeitas com as sessões	100%
Aumentar as atividades sociais, através de um projeto de articulação entre o centro de dia e a escola	- Projeto recebido e aprovado pela direção da IPSS e da escola. - Proposta – Avaliação anual do projeto		
Envolver a equipa da UCC no projeto, promovendo a sua continuidade ³	Proporção de pessoas que participaram na sessão = Nº profissionais que participaram na sessão / nº total de profissionais convidados para a sessão x 100	50% dos profissionais assistam à apresentação	80%

Para avaliar os **indicadores de resultado** das SEpS foram colocadas questões de avaliação em cada SEpS: “a importância dada ao tema”; “aprendizagem de novos conteúdos”; e “satisfação dos participantes”. Para tal, recorreu-se a uma escala tipo Lickert analógica (faces) dada a faixa etária das pessoas e o grau de escolaridade da maioria. Todos os participantes, consideraram-se muito satisfeitos nas 3 questões.

O indicador de impacto, não foi passível de ser avaliado, visto que o projeto de articulação ficará como proposta, sendo benéfico a sua aprovação, para desenvolver no futuro com o envolvimento da UCC e dos parceiros sociais.

A escala de satisfação com o suporte social não foi (re)aplicada nesta fase, embora inicialmente se tivesse pensado nesta estratégia, no entanto tendo em conta o contexto pandémico atual, verificaram-se reduzidas ou inexistentes alterações que trouxessem novos dados. Todavia, constatou-se que esta escala tem limitações apenas perceptíveis durante a sua

³ Objetivo secundário - Não corresponde diretamente ao objetivo geral.

aplicação. Visto que, tem como respostas afirmações que a pessoa responde em conformidade com o seu grau de concordância: concordo totalmente corresponde (1), concordo na maior parte do tempo (2), não concordo nem discordo (3), discordo a maior parte do tempo (4) e discordo totalmente (5). Este tipo de resposta confunde e por vezes tende a induzir uma “satisfação média”, pois no caso de a resposta ser mais neutra, nem positiva nem negativa, a sua pontuação é tendencialmente elevada.

3.8 Implicações para a prática clínica

Na realização deste projeto, as pessoas idosas foram observadas como um sistema aberto nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interação com os stressores, tendo em conta a sua estrutura básica, encontrando-se em constante mudança, movendo-se em direção a um estado dinâmico de estabilidade do sistema, cujo objetivo é encontrar um ponto de equilíbrio, isto é, o seu bem-estar. Pelo que, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) foi uma mais valia para analisar os determinantes em saúde e contribuir para a sistematização das intervenções de Enfermagem Comunitária.

O suporte social é um dos determinantes em saúde mais importantes nas pessoas idosas, particularmente as que vivem sozinhas ou não têm suporte social informal, pelo que a ESSCSP deve ser incentivada identificá-lo com recurso a instrumentos de medida de suporte social percebido e recebido.

O maior desafio na investigação do suporte social em enfermagem consiste na identificação de quais são intervenções estratégicas de enfermagem, modificadoras do ambiente social e/ou interações sociais, que têm maior efetividade para atingir as metas relacionadas com a saúde, tendo em conta as circunstâncias, necessidades e preferências dos beneficiários considerados (Rocha, 2013).

É de salientar o trabalho de desenvolvimento e fortalecimento de parcerias entre equipas multidisciplinares e multisectoriais, tendo sido uma mais-valia para o projeto e para continuidade da articulação entre estruturas da saúde e da ação social.

Neste sentido, foram iniciados registos no SClinico – “Comunidade CRPI-PSA”, integrados no projeto “Envelhecimento Ativo e Saudável” da UCC, no âmbito do Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, deixando, assim, um contributo para a prática clínica. (Apêndice XIV). Pretende-se que o potencial deste projeto possa ser transversal à prática de Enfermagem em qualquer centro de dia da área de abrangência da UCC, pelo que a divulgação deste projeto a toda a equipa foi fundamental.

3.9 Considerações éticas

O quadro de referências ético e deontológico que sustentou a implementação do projeto, é composto pelo código deontológico dos enfermeiros, em particular pelo artigo 101º- Do dever para com a comunidade, 102º- Dos valores Humanos e 106º- Do dever do sigilo (Lei n.º 156/2015).

As entrevistas e as visitas domiciliárias foram realizadas com autorização e consentimento informado prévio (apêndice XII), sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos, estando as pessoas envolvidas livres para desistirem em qualquer momento. Foi explicado aos participantes que toda a informação recolhida através do questionário seria tratada cumprindo os princípios éticos aplicados à investigação, tal como previsto no artigo nº 106 referente ao Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril. Foi igualmente esclarecido aos participantes que, a informação recolhida seria utilizada somente para o projeto.

Foi pedida autorização às instituições envolvidas no projeto, nomeadamente à CRPI-PSA (apêndice XIII), para desenvolver este projeto, e divulgar o nome desta instituição. Assim como, ao ACES Loures/Odivelas para divulgação do nome da enfermeira orientadora e da instituição no relatório final, que será tornado público tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, em vigor desde maio de 2018.

A utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social foi autorizada pelo autor, para todos os fins considerados no trabalho de projeto (Apêndice XIII).

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Com a realização deste estágio final, a mestranda teve a oportunidade de desenvolver atividades que permitiram uma aprendizagem autónoma e promoveram a reflexão sobre a prática de Enfermagem, de forma crítica e responsável, como enfermeira especialista de acordo com o Regulamento n.º 122/2011, nos diferentes domínios, e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento nº428/2018), emanadas pela OE, bem como de competências de mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006).

Patrícia Benner, na sua obra “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem”, enfatiza a experiência profissional e considera que o conhecimento prático é conseguido através do tempo e com a aprendizagem experiencial (Benner, 2001), tendo em conta os pressupostos do Modelo Dreyfus, utilizado por Benner (2001), considera-se ter atingido o nível de proficiente. A mestranda conclui ter adquirido competências que permitem avaliar cada situação de forma global, articulando com experiências anteriores, recorrendo a máximas, e ter evoluído no processo de tomada de decisão. Na prática profissional, pretende solidificar os conhecimentos adquiridos e desenvolver atividades que permitam alcançar o nível de perita.

4.1 Competências de mestre em Enfermagem

Em relação às competências de aptidões de 2º ciclo correspondentes ao grau de mestre, segundo os descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior- DGES, 2016), a mestranda considera as ter adquirido, uma vez que aplicou conhecimentos e desenvolveu a capacidade de compreensão e resolução de problemas, em contextos alargados e multidisciplinares, estabelecendo parcerias e integrando vários elementos. Equacionaram-se as implicações éticas e sociais, tendo por base o respeito pelos valores éticos dos intervenientes (consentimento livre e informado, pedidos de autorização). Foram desenvolvidas competências de autoaprendizagem, relativas ao domínio das tecnologias de informação e competências relativas aos métodos de pesquisa adequados a um estudo aprofundado sobre um tema, essencialmente auto-orientada e autónoma ao longo do estágio. No que respeita à capacidade de comunicação de resultados de investigação, a mestranda teve oportunidade de participar como formanda em várias atividades de formação complementar (anexo III) durante o estágio, e posteriormente partilhar o conhecimento

adquirido. As orientações tutoriais foram essenciais para desenvolver a capacidade de comunicar e analisar os resultados do projeto.

Para além disso, a mestranda foi coautora de um póster, intitulado “Intervenções para mitigar a solidão na pessoa idosa: uma revisão narrativa”, no 3º Seminário Internacional do Curso de Mestrado em Enfermagem, da UCP (anexo IV). Salienta-se também a participação na Comissão Organizadora deste seminário (anexo V), o que implicou a realização de diversas reuniões, contatos e estabelecimento de parcerias, com vista à concretização do evento programado, que decorreu com grande sucesso.

4.2 Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em 4 domínios, definidos pela OE: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados; e domínio das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011 de 18 de fevereiro).

Assim, foram desenvolvidas as atividades mencionadas nos capítulos anteriores, para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista nos seguintes domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal:

A concretização de um projeto de intervenção comunitária implica a análise, não apenas dos fundamentos éticos e deontológicos que regem a profissão de Enfermagem, mas também princípios jurídicos, profissionais, científicos e socioculturais, que a suportam. Os processos de tomada de decisão foram baseados no conhecimento científico disponível e na experiência, promovendo simultaneamente práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades legais e profissionais. Neste sentido, foi assegurado o respeito pela autodeterminação, confidencialidade e segurança dos dados, através da participação livre e esclarecida, no pedido do consentimento informado, assim como das respetivas autorizações às instituições envolvidas no projeto.

- Melhoria contínua da qualidade:

Durante o estágio, este domínio foi desenvolvido através do diagnóstico de situação e intervenção comunitária, selecionando estratégias de melhoria, que passaram pela educação para a saúde e parcerias com o setor social, promovendo a responsabilidade social para com a saúde. Para além disso, foi promovida a continuidade do projeto, apresentando os resultados do mesmo e envolvendo a equipa da UCC para a promoção dos padrões de qualidade.

- Gestão dos cuidados:

A situação pandémica vivida durante o estágio constitui um desafio à capacidade de intervenção comunitária, apoiada na evidência científica e no modelo teórico de enfermagem escolhido, Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que permitiu dar resposta a esta comunidade mais vulnerável. Para tal, foi imprescindível a gestão e conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições envolvidas, privilegiando o trabalho de equipa e em parceria.

- Aprendizagens profissionais:

A mestranda adquiriu conhecimentos académicos e pessoais, através das reflexões pessoais, discussões com os pares, pesquisa avançada e orientações tutoriais. A mobilização de conhecimento de outras unidades curriculares foi igualmente importante, procurando-se recorrer à evidência científica mais atualizada e pertinente, de forma a fundamentar a prática e utilizar as tecnologias de informação para aperfeiçoar meios de pesquisa adequados ao projeto de intervenção.

4.3 Competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

O Regulamento das competências específicas do EESCSP (Regulamento nº 428/2018) expõe o conjunto de competências exigidas e os critérios de avaliação para a sua concretização.

Ancorada neste regulamento, passa-se a citar as competências desenvolvidas durante o estágio:

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

A metodologia de Planeamento em Saúde foi uma constante no decorrer do estágio e do projeto procurando identificar as necessidades das pessoas, permitindo o estabelecimento do diagnóstico de situação com o cumprimento de todas as fases preconizadas, seguindo as orientações metodológicas de Imperatori e Giraldes (1993), envolvendo todos os setores que condicionam e determinam a saúde da comunidade.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

Atualmente, a comunidade tem cada vez mais um papel ativo na sua saúde, assumindo-se como um parceiro nos cuidados, pelo que é primordial envolvê-la e conjugar esforços no desenvolvimento de competências que promovam a saúde, privilegiando uma abordagem sistémica e sistemática, para produzir ganhos e saúde (OE, 2011). Neste

pressuposto, foram desenvolvidas estratégias para capacitar as pessoas idosas do centro de dia, nomeadamente com SepS, distribuição de material informativo e identificação de outros recursos comunitários, suportadas no conceito de literacia em saúde.

c) Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

O local de estágio, a UCC “Saúde a Seu Lado”, é um excelente campo de aprendizagem, dada a extensa carteira de serviços ligados aos inúmeros programas de saúde, que vão ao encontro das estratégias propostas no PNS.

Perante as contingências da pandemia e o limite temporal do estágio, foi dada prioridade a alguns dos programas de saúde, a saber: Programa Nacional para as Pessoas Idosas; Programa Nacional de Literacia em Saúde e Integração de Cuidados; e ainda à Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2016-2025 (ENEAS).

A operacionalização dos diferentes programas de saúde foi otimizada recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária, nomeadamente à SEpS e parcerias comunitárias. Para além disso, fica a proposta do projeto intergeracional entre diferentes instituições da comunidade.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Foi uma competência desenvolvida, junto da população que aceitou participar no projeto e nas populações envolvidas em outros projetos. A fim de manter e dar continuidade à vigilância epidemiológica e a responder às necessidades desta comunidade, foi criada no sistema informático SClínico a “Comunidade CRPI-PSA”, integrada no projeto “Envelhecimento Ativo e Saudável” da UCC.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório descreve o trabalho realizado no decorrer do estágio final, dando ênfase ao percurso acadêmico e profissional, através do projeto “Reinventar o centro de dia, para as pessoas idosas, em tempo de pandemia”, no âmbito da enfermagem especializada. Evidencia a metodologia utilizada – o Planejamento em Saúde – segundo as diretrizes de Imperatori e Giraldes (1993) bem como o modelo conceptual de enfermagem que o sustentou, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011). Analisa ainda, as competências adquiridas e desenvolvidas, enquanto mestre e especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, ao longo do estágio.

O envelhecimento ativo e saudável, a literacia em saúde e o suporte social formal constituem-se elementos de uma tríade de um sistema aberto e dinâmico, integrando os focos de atenção deste projeto e as pessoas idosas o foco de intervenção. O contexto pandémico atual e suas implicações nos grupos mais vulneráveis, neste caso, as pessoas idosas, incitou ao desenvolvimento da elaboração do diagnóstico de situação a fim de conhecer as reais necessidades das pessoas idosas no que respeita a área do suporte social formal.

A metodologia do Planejamento em Saúde permitiu planificar estratégias e atividades, de modo a contribuir para que as pessoas idosas sejam capazes de promover a sua própria saúde e modificar comportamentos, responsabilizando as pessoas idosas pela sua saúde, com a capacidade de utilizar um conjunto de meios que tem à sua disposição para um envelhecimento bem-sucedido. Para deste modo, atingir o objetivo: contribuir para a literacia em saúde para o uso otimizado das redes de suporte social formal das pessoas idosas.

A principal limitação deste projeto foi, simultaneamente, o ponto de partida para o diagnóstico de situação, a pandemia pelo *SARS- CoV-2*. O medo de ser infetado por este vírus condiciona a proximidade recíproca de toda a comunidade, quer pelas pessoas idosas, quer pelos profissionais envolvidos. Neste sentido, foi um ato de generosidade e talvez, movidos pelo sentimento de solidão, que aceitaram ser entrevistados pela mestranda, mesmo não a conhecendo. Apesar deste enorme desafio, que condicionou a intervenção no grupo/comunidade, foi ultrapassado pela aceitação em participarem no projeto e pela colaboração e parceria imprescindível da equipa multidisciplinar do centro de dia.

A promoção da articulação e coordenação de recursos do suporte social existente, para a melhor resposta às necessidades da comunidade alvo de intervenção, foi outro desafio na situação pandémica atual, quer pelos escassos recursos humanos, quer pelos receios inerentes das pessoas idosas. Outras atividades e colaborações poderiam ter sido

desenvolvidas, se o estágio tivesse com um recurso temporal mais amplo. Apesar dos desafios, que não enfraquecem o projeto, mas antes fortalecem a tomada de consciência que a antecede, motivaram à adaptação, inovação e ao desenvolvimento da criatividade.

Apesar da mestranda já exercer a prática de enfermagem nos CSP, atualmente numa Unidade de Saúde Familiar, sentiu necessidade de novos desafios e de desenvolver competências para uma Enfermagem Avançada, promovendo ganhos em saúde.

Assim, foi com entusiasmo que regressou à escola de enfermagem, adquiriu e aprofundou conhecimentos com professores e colegas, reafirmou o orgulho em ser enfermeira. Este percurso profissional permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional, através da reflexão sobre os avanços da prática profissional, comparativamente ao início do mestrado. Pretende-se mantê-la diariamente com vista à excelência profissional impondo uma prática baseada na evidência, salientando a importância da formação e da investigação contínua, tendo por base as competências adquiridas, particularmente a metodologia de Planeamento em Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C.V., Veiga, A. (2020) *Social Determinants and Health Literacy of the Elderly: Walk to Well-Being*. Open Access Library Journal, 7: 6390. Disponível em: <https://doi.org/10.4236/oalib.1106390>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style* (7th ed.). APA.
- Araújo, L., Melo, S. (2018). Relacione-se com os outros. In Ribeiro, O. & Paúl, C. (coord.). *Manual de Envelhecimento Ativo*. (2ªEdição) (pp. 158-187). Lidel.
- Barbosa, M., T, G. (2013) *Literacia em Saúde: Impacto na Promoção do Envelhecimento Ativo*. Fundacion Dialnet. Disponível em: [Envelhimiento.pdf \(quadernsanimacio.net\)](#)
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lda Polit.
- Barron, A. I. (1996) – *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo Veinteuno. España Editores, 1996. ISBN 84-232-0918-4.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843–857. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00065-4).
- Botelho, H. (2019). *Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde Área dos Cuidados de Saúde Primários. Relatório Final Dezembro 2015 - Outubro 2019* (s.n.) Disponível em: [CNCSP-Relatório-Final-2019.pdf \(sns.gov.pt\)](#)
- Caplan, G. (1974). *Social Systems and Community Mental Health*. Basic Books.
- Carvalho, R. (2020) *Epidemia viral, COVID-19: consequências na saúde física e mental da pessoa idosa em Portugal* [s. n]. Disponível em: https://www.prismedica.pt/wp-content/uploads/2020/04/20_04_07_Dr_Profa_Rosa_Carvalho.pdf
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5): 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2), 310–357. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0033-909.98.2.310>

- Crisp, L.N. (Coord) (2014). Fundação Calouste Gulbenkian. *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Fundação Calouste Gulbenkian. Disponível em: <https://gulbenkian.pt/publication/um-futuro-saude-um-papel-desempenhar/>
- Cruz, E. B. L. (2001) – *Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico: a satisfação com a vida e o apoio social*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
- D’cruz, M., & Banerjee, D. (2020). An invisible human rights crisis’: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Research*. 292, 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior)*. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Diário da República, Série I-A (n.º 60 de 2006-03-24), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Ministério da Saúde. Diário da República, Série I-A (n.º 109 de 2006-06-06), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>.
- Decreto-Lei 28/2008 (2008). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Ministério da Saúde. Diário da República, Série I (n.º 38 de 2008-02-22). 1182 – 1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014 (2014). *Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Diário da República, 1º Suplemento, Série I (2014-11-14), 5882-(2) a 5882-(26). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/172-a/2014/11/14/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 12434/2019 (2019). *Aprova o novo esquema vacinal do Programa Nacional de Vacinação (PNV), revogando, com exceção do seu n.º 6, o Despacho n.º 10441/2016, de 9 de agosto*. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República n.º 250/2019, Série II (2019-12-30), 30 – 31.
- Decreto-Lei n.º 10-A/2020 (2020). *Estabelece medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus - COVID 19*. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República n.º 52/2020, 1º Suplemento, Série I (2020-03-13), 22-(2) a 22-(13). ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/10-A/2020/03/13/p/dre>
- Direção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas (2006). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral da

Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5pengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável* (ENEAS) 2016-2025 (Despacho nº 12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.

Direção Geral de Saúde (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) Divisão de Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. (2018) *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021* – Direção Geral de Saúde. Disponível em: <plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx> (dgs.pt)

Emma E. Office BA, Marissa S. Rodenstein BS, Tazim S. Merchant BA, Tricia Rae Pendergrast BA, Lee A. Lindquist (2020) Reducing Social Isolation of Seniors during COVID-19 through Medical Student Telephone Contact. *JAMDA* 21 (948-950). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.003>

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013) *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3ª edição). F.A. Davis Company.

Ferreira, I. (2017). *Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo: Análise de necessidades de uma comunidade local, enquanto via fundamentadora de projetos relevantes e sustentáveis*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/43108>

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores.

Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, I. M. M. N. (2017). *Plano de ação da UCC “Saúde A Seu Lado” ACES Loures-Odivelas Triénio 2017-2018*. [s.n.]

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009) *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Freese, B.T. (2002). Betty Neuman – Modelo de Sistemas. In Tomey, A. & Alligood, M.

Teóricas de enfermagem e a sua obra. (5ªed). (pp.335-354) Lusociência.

ICN (2020). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 2019*. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.

Kickbusch, I. (2008). *Healthy societies: Addressing 21st century health challenges*. Adelaide Thinkers in Residence. Disponível em: www.ilonakickbusch.com/Kickbusch_Final_Report

Lei n.º 56/79 (1979). *Serviço Nacional de Saúde*. Assembleia da República. Diário da República. Série I (n.º 56/79 de 1979-09-15), 2357 – 2363. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/56/1979/09/15/p/dre/pt/html>

Lei n.º 156/2015 (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Assembleia da República. Diário da República Série I (n.º 181/2015 de 2015-09-16). 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Martins, P. (2020). Viver + com saúde: Literacia em saúde. In *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento*. Coletânea de Comunicações. (p.39-46) Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Comunicacoes.pdf

Meireles, A. (2008). *Declaração de Alma-Ata e Carta de Ottawa – O que trouxeram de novo à prática da saúde pública?* [slides powerpoint]. Portal de Saúde Pública. Disponível em: http://portal.anmsp.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm

Mesquita, J. A. R. D. (2011). *Suporte social e redes de apoio social em idosos*. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). ISPA.

Mota, M. (2018). *Literacia para a Saúde relacionada com estilos de vida saudáveis* (Relatório de Estágio do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Nardi, E., & Oliveira, M. (2008). Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. (RS) 29 (1), 47-53. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5263/2997>

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª edição). Pearson.

Nicholson, N. (2012). A Review of Social Isolation: an Important but Underassessed

- Condition in Older Adults. *The Journal of Primary Condition*. 31, 1-2). Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Nutbeam, D. (2000) Health Literacy as a Public Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century. *Health Promotion Internacional*. 15, 259-267. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Autor. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. In I conferência internacional sobre promoção da saúde, Ottawa. Autor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Autor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Ativo: uma de Política de Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte Social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*. 2-3 (XII): 333-339. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3103/1/1994_23_333.pdf
- Paúl, M.C. (1991). *Percursos pela Velhice*. (Dissertação de doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social. *Revista da Faculdade de Letras*, 15, 275-287.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em Saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34(3) 259-275. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias*. Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- Pisco, L. (2007). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Cadernos de economia*. Disponível em http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9a05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf
- Portaria n.º 85-A/2020 (2020). *Define e regulamenta os termos e as condições de atribuição dos apoios de carácter extraordinário, temporário e transitório, destinados ao setor social e solidário, em razão da situação epidemiológica do novo coronavírus -*

COVID 19, tendo em vista apoiar as instituições particulares de solidariedade social, cooperativas de solidariedade social, organizações não-governamentais das pessoas com deficiência e equiparadas no funcionamento das respostas sociais. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança. Diário da República Portuguesa Série I - 1º Suplemento (n.º 67 de 2020-04-03). 4-(2) a 4-(6). ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/85-A/2020/04/03/p/dre>.

Pordata. (2021). *Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Disponível em: www.pordat.pt

Regulamento n.º 122/2011 (2011). *Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República. Série II (n.º 35 de 2011-02-18). 8648 – 8653.

Regulamento n.º 428/2018 (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República Portuguesa. Série II (n.º 135 de 2018-07-16), 19354-19359.

Resolução da Assembleia da República n.º 88/2018 (2018). *Recomenda ao Governo Medidas para a promoção do envelhecimento com direitos*. Assembleia da República. Diário da República Série I (n.º 66 de 2018-04-04). (1542-1542). ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/88/2018/04/04/p/dre/pt/html>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 (2005). *Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários*. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, Série I-B (n.º 196 de 2005-10-12), 5981 – 5982. ELI: <https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/157/2005/10/12/p/dre/pt/html>.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social*. Placebo Editora.

Rocha, L.M.C. (2013). *Os cuidadores informais de pessoas em situação de dependência e a utilização do suporte social para o cuidar em casa*. (Relatório de estágio de natureza profissional, para obtenção do grau de mestre) Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Sakellarides, C. (2020). Serviço Nacional de Saúde: Dos Desafios da Atualidade às Transformações Necessárias. *Acta Médica Portuguesa*. 33(2), 133-142. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.12626>

Singer, J.E., & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Edtrs.) *Handbook of psychology and health*. (Vol. IV). (pp269-278). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

Santini, I. Z., Jose, P. E., Cornwell, E.Y., Koyanagi, Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, C.K., Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans

- (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*, 5, 62–70. Disponível em: [10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Santos, A. I., Dias, C., Gonçalves, C., & Sakellarides, C. (2010). *Estratégias Locais de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ELS.pdf>
- Serrão, C. (coord.). (2014). *Literacia em saúde: Um desafio na e para a terceira idade: Manual de boas práticas*. Disponível em: <https://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/5979>.
- Sluzki, C. (1998). *La Red Social: Frontera de la Pratica Sistemica*. Barcelona: Editorial.
- Smith, M. L., Steinman, L. E, & Casey, E. A. (2020). Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID-19 Social Connectivity Paradox. *Front Public Health*. 8:403, 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00403>
- Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (7.ªEd.) Lusodidacta.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating Social Support in Nursing*. SAGE.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde.
- Vaz de Almeida, C. (2020). *Organizações literadas, literacia em saúde e boas práticas em tempo de pandemia - ao encontro dos objetivos do desenvolvimento sustentável*. APDH. Disponível em: <https://www.apdh.pt/artigo/67>
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. [s.n.]
- WU, B. (2020). *Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge*. *Global Health Research and Policy*. 1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154->

ANEXOS

ANEXO I

Folheto informativo da CRPI-PSA

**CENTRO DE DIA
APOIO DOMICILIÁRIO**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
PARA INSCRIÇÃO**

Relatório médico, comprovativo da situação clínica do associado (histórico);

DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS:

Declaração do IRS, comprovativo dos rendimentos do associado (pensão, reforma) ou do agregado familiar (este último, apenas quando solicitado); Nota de liquidação do IRS.

COMPROVATIVO DE DESPESAS:

Renda de casa.

Passe Social (zona de residência).

Declaração mensal da farmácia com medicação crónica.

Comparticipação em ERPI (Lar).

**INFORMAÇÃO DOS
DOCUMENTOS A
APRESENTAR NA
ADMISSÃO DE SÓCIO
E/OU RESPOSTA SOCIAL**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
PARA INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO:**

Cartão do Cidadão e/ou B.I.;

Cartão de Beneficiário;

Cartão de Contribuinte;

Cartão de SNS;

Cartão de Eleitor/Comprovativo de morada;

Fotografias tipo-passe (1 Foto);

Jóia € 5.00 (cinco euros)

Cota mínima € 1.50 (um euro e meio) por mês.



**Comissão de Reformados
Pensionistas e Idosos da
Póvoa de Santo Adrião**

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

2ª a 6ª Feira
Centro de Dia e Apoio Domiciliário
8h30 às 19h00

Sábados e Domingos
Animação
14h00 às 19h30

Tel.: 219 386 719 / Tlm.: 964 816 601
E-mail: info@crpipsa.pt

Rua Alzira Beatriz Pacheco S/N
2620 – 128 Póvoa de Santo Adrião

**SERVIÇOS PRESTADOS EM
CENTRO DE DIA
E EM APOIO DOMICILIÁRIO**

1. Apoio Psicossocial;
2. Refeitório;
3. Higiene Pessoal e Conforto;
4. Gabinete de Imagem:
 - Cabeleireiro;
 - Manicure e Pedicure;
5. Higiene Habitacional;
6. Tratamento de Roupa;
7. Transporte Adaptado;
8. Acompanhamento ao exterior;
9. Aquisição de Bens e Serviços;
10. Pequenas reparações no Domicílio;
11. Enfermagem:
 - Apoio Dispensa Medicação;
 - Medição da tensão arterial e glicemia.

**ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO
SOCIOCULTURAL E
PSICOEDUCACIONAIS
REALIZADAS NA CRPI**

1. Projeto *Despertar Sentido(s)*:
 - Palavra Puxa Palavra;
 - Atelier das Emoções;
 - Atendimento Psicológico;
2. Clube Movimento:
 - Ginástica, Dança, BOCCIA, Karaté;
3. Bingo;
4. Jogos de Tabuleiro (Damas, Dominó);
5. Grupo de Cavaquinhos;
6. Grupo Cantares CRPI;
7. Workshops de Dança;
8. Grupo Coral "Canta e Encanta" CMO;
9. Projeção de Filmes.

**ATENDIMENTO À COMUNIDADE
E A ASSOCIADOS**

Quartas-Feiras
Marcação Telefónica ou Presencial
Na Secretaria da CRPI

Tel.: 219 386 719 / Tlm.: 939 570 640

Casos:
E-mail: casos@crpipsa.pt

Paula Nogueira
(Diretora Técnica)
E-mail: paulanogueira@crpipsa.pt

Venha assistir e participar numa
das nossas atividades a seu gosto e
traga um(a) amigo(a)!

Venha conhecer-nos ...



ANEXO II

Escala de Satisfação com o Suporte Social

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL (RIBEIRO, 1999)

Instruções: a seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostava	A	B	C	D	E
3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4 – Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7 – Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8 – Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9 – Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11 – Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12 – Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14 – Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15 – Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo III

Certificados de formação complementar durante o estágio



FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA
EMPRESA CERTIFICADA COMO ENTIDADE FORMADORA PELA DGERT
-DIRECÇÃO GERAL DO EMPREGO E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO-

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE **SONIA MARIA FERNANDES COELHO** NATURAL DE **LISBOA** NASCIDO(A)
A **03-05-1979** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO
CARTÃO DE CIDADÃO **11607268** , FREQUENTOU:

SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM: O ENVELHECIMENTO, O SOFRIMENTO E A MORTE

QUE DECORREU DE **02 DE OUTUBRO DE 2020** A **03 DE OUTUBRO DE 2020** , LOCAL:
PLATAFORMA DIGITAL, ZOOM, COM A DURAÇÃO DE **12 HORAS**.

Coimbra, 03 de outubro de 2020

O Responsável pela FORMASAU

Certificado Nº **6274 / 2020**



ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA

SAÚDE
• Saúde
• Enfermagem
• Trabalho social e orientação

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19 - 3020-265 Eiras

Tel: 239 801020 a 28 - Fax: 239 801029 - Email: suporte@sinaisvitais.pt - NIF: 503231533



Um olhar Muito para além da Covid-19 - Webinar - November 26, 2020

Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade

Videoconferência - Webinars

www.associacaoucc.pt

Para os devidos efeitos certifico que a/o Exmo(a) **Enfermeiro(a) Sónia Maria Fernandes Coelho**, esteve presente no WorkShop "Um olhar Muito para além da Covid-19 - 2º Webinar - November 26, 2020", desenvolvido no âmbito da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade, Uma associação em prol da comunidade, com a duração de 2 horas.

26/11/2020

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima



Espaço do Cuidador

Com o apoio:



Certifica-se que **Sónia Coelho** participou como **formanda** no âmbito do Projeto Espaço do Cuidador, desenvolvido pela Unidade de Cuidados na Comunidade "Saúde a Seu Lado" de Odivelas, do ACES Loures-Odivelas, na seguinte sessão:

- 28.10.2020 - Estatuto do Cuidador Informal – 2 Horas

Póvoa de Santo Adrião, 08 de Janeiro de 2021

A Enfermeira Coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade de Odivelas

Isabel Nunes

ACES Loures - Odivelas
Enfª Isabel Nunes
Coordenadora da UCC Saúde a Seu Lado – Odivelas

Anexo IV

Certificado de apresentação de póster em evento científico



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

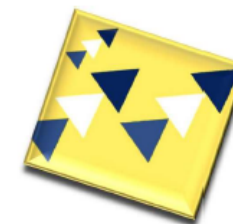
CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **Elsa Cristina Moreira Calado, Enfermeira Natércia Pinto Caetano; Enfermeira Sónia Fernandes Coelho e Prof. Doutora Cândida Ferrito**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 12 com o tema **“INTERVENÇÕES PARA MITIGAR A SOLIDÃO NA PESSOA IDOSA: REVISÃO NARRATIVA”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP


Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar



Anexo V

Certificado de participação na comissão organizadora de um evento científico



III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

ENFERMAGEM ESPECIALIZADA: PROTAGONISTA NO PRESENTE INOVADORA NO FUTURO

CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **SÓNIA COELHO**, integrou a Comissão Organizadora e participou no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no dia **27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP



Universidade Católica Portuguesa

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Aluno n.º 192019079



APÊNDICES

Apêndice I

Pedido de Autorização para a realização do projeto à direção do ACES

Pedido de autorização para o Projeto de Intervenção: "O Suporte Social dos Idosos em Tempos de Pandemia – A intervenção da Enfermagem Comunitária"

De: Antonio João Alexandre | ACES Loures Odiveelas - Diretor Executivo <antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt>

Enviado: 19 de outubro de 2020 09:36

Para: Sonia Maria Fernandes Coelho | USF Mosteiro <sonia.m.coelho@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Olivia Serra | UCC Odiveelas <olivia.serra@arslvt.min-saude.pt>; elisa.garcia@ucp.pt <elisa.garcia@ucp.pt>; Leonilde Costa | USF Mosteiro <leonilde.costa@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: RE: Pedido de autorização para o Projeto de Intervenção: "O Suporte Social dos Idosos em Tempos de Pandemia – A intervenção da Enfermagem Comunitária"

Nada a opor, salvaguardados que estejam os cuidados e tarefas prioritárias a assegurar pela Unidade e pelo ACES.

António João Alexandre

Diretor Executivo

ACES Loures Odiveelas

Morada: Rua Manuel de Arriaga n.º 5 - Urbanização Terraços da Ponte

2685-160 Sacavém

Telefone: +351219492400

Email: antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt

www.arslvt.min-saude.pt



De: Sonia Maria Fernandes Coelho | USF Mosteiro <sonia.m.coelho@arslvt.min-saude.pt>

Enviada: 18 de outubro de 2020 19:29

Para: Antonio João Alexandre | ACES Loures Odiveelas - Diretor Executivo <antonio.j.alexandre@arslvt.min-saude.pt>

Cc: Olivia Serra | UCC Odiveelas <olivia.serra@arslvt.min-saude.pt>; elisa.garcia@ucp.pt; Leonilde Costa | USF Mosteiro <leonilde.costa@arslvt.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de autorização para o Projeto de Intervenção: "O Suporte Social dos Idosos em Tempos de Pandemia – A intervenção da Enfermagem Comunitária"

Exmo. Sr. Diretor Executivo, Dr. António Alexandre

Venho solicitar a autorização para o Projeto de Intervenção, conforme informação em anexo neste email.

Grata pela sua atenção a este pedido.

Pede deferimento,

Enª Sónia Coelho

USF do Mosteiro

Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

APÊNDICE II

Caraterização da rede de apoio formal que presta suporte social,
às pessoas idosas em termos de funções, capacidade e acessibilidade

GUIÃO ORIENTADOR PARA A REUNIÃO COM A DIREÇÃO DA IPSS

Objetivos:

- Caracterizar a rede e suporte social disponibilizado pelos parceiros sociais;
- Colaborar, em parceria comunitária, no processo de construção de respostas de suporte social adaptadas, às pessoas idosas no contexto de pandemia.

Caracterização dos Serviços da IPSS

1. Quais são os serviços de suporte social prestados pela instituição?
2. Qual a capacidade total da vossa rede?
3. Quais são os critérios para aceder aos serviços mencionados?

Necessidades sentidas pelas pessoas idosas que frequentavam o centro de dia

4. Após o início da pandemia, refira com quem e onde ficaram as pessoas idosas que frequentavam o centro de dia
Institucionalizados?
Viver com familiares?
Vivem sozinhos?
6. Quais as dificuldades sentidas pelas pessoas idosas que frequentavam o centro de dia, durante a pandemia pelo SARS – CoV-2?
7. Como foram ultrapassadas estas dificuldades?
8. Quais foram as estratégias que implementaram para diminuir o isolamento social das pessoas idosas que frequentavam o centro de dia?
9. Quais foram as estratégias que implementaram para colmatar a falta de exercício físico/mobilidade das pessoas idosas durante a pandemia?

Caraterização da rede e suporte social formal – IPSS

1. Função da Rede Social Formal	Acesso a Novos contatos	Informações de recursos na comunidade (outras IPSS's)
	Ajuda de Material e Serviços	Serviços de alimentação, higiene e limpeza sumária da casa, tratamento de roupa, transporte, controlo de medicação, gabinete de imagem, confeção de refeições ligeiras (peq-alm)
	Companhia social	Atividades com a animadora sociocultural
	Guia cognitivo e de conselhos	Atividades com a animadora sociocultural e orientações/encaminhamento da assistente social.
	Regulação social	Vigilância de comportamentos adequados, especialmente dos utentes com demência.
Capacidade da Rede Formal	Capacidade Formal	Acordo com a Segurança Social – 42 utentes
	Capacidade Real	Antes da pandemia, 44 utentes em centro de dia.
2. Acessibilidade à rede Social Formal	Critério Geográfico	Ser residente na freguesia de Póvoa de Santo Adrião
	Critério clínico e idade	Pessoas independentes ou parcialmente dependentes.
	Critério social	Impossibilidade de a família dar apoio no dia-a-dia, Mas têm de ter uma pessoa de referência, familiar ou amigo.
	Critério Financeiro	Não é critério
	Critério de Ligação à instituição	Sim, em particular os utentes em regime de SAD

Necessidades sentidas pelas pessoas idosas que frequentavam o centro de dia

QUESTÕES	RESPOSTAS
5. Após o início da pandemia, refira com quem e onde ficaram as pessoas Idosas que frequentavam o centro de dia?	<p>Institucionalizados - 2</p> <p>Viver com familiares - 18</p> <p>Vivem sozinhos – 20</p> <p>Óbitos - 4</p>
6. Quais as dificuldades sentidas pelas pessoas idosas que frequentavam o centro de dia, durante a pandemia pelo SARS – CoV-2?	Os utentes demonstraram medo em serem infetados, sentem-se sós, diminuíram as suas capacidades físicas e cognitivas.
7. Como foram ultrapassadas estas dificuldades?	<p>A técnica superior de suporte social contacta telefonicamente, com frequência os utentes, no sentido da gestão emocional do “medo de serem infetados”.</p> <p>O centro paroquial da Ramada manifestou interesse em apoiar outras IPSS’s.</p> <p>A Câmara de Odivelas também demonstrou disponibilidade para intervir, caso fosse necessário.</p>
8. Quais foram as estratégias que implementaram para diminuir o isolamento social das pessoas idosas que frequentavam o centro de dia?	<p>Contato telefónico mais frequente e envio de atividades pela animadora sociocultural. Entrega de refeições ao domicílio.</p> <p>A instituição tem interesse numa intervenção mais dirigida.</p>
9. Quais foram as estratégias que implementaram para colmatar a falta de exercício físico/mobilidade das pessoas idosas durante a pandemia?	Ainda não foram implementadas estratégias.

Apêndice III

Instrumento de colheita de informação

QUESTIONÁRIO A
CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA PESSOA IDOSA

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, tem aproximadamente 10 minutos de duração.

Por favor assinale com uma (x) a condição que se aplica à sua situação e preencha os espaços disponíveis para o caso de necessitar de especificar algum dos itens.

Data __/__/__

Nº

▪ Idade __

▪ Sexo Masculino Feminino

▪ Estado civil:

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

União de facto

▪ Com quem vive:

Sozinho

Cônjuge

Filhos

Outros familiares

Outras pessoas (quais) _____

▪ Onde vive:

Casa própria

Casa alugada

Casa de familiares

Outra

- Quantas vezes/com que frequência está com os filhos

Diariamente

Dias alternados

2 dias por semana

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outro (qual)

- Habilitações Literárias

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever

1º ciclo (“4ª Classe”)

2º ciclo (“9º Ano”)

Secundário

Ensino superior

- Profissão antes da reforma _____

- O que gosta de fazer no tempo livre:

Ver televisão

Ler

Escrever

Pintar

Jogar _____

Conversar

Fazer trabalhos manuais

Ouvir música

Faz exercício físico (qual) _____

- Usa meios de tecnologia:

Telemóvel

Internet

Caraterização Económica

- Origem do Rendimento Mensal:

Reforma

Pensão/Subsídio

Rendimentos próprios

A cargo dos familiares

Sem rendimento

- Valor do rendimento mensal _____

Agradeço a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO B
CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA PESSOA IDOSA

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, tem aproximadamente 10 minutos de duração.

Por favor assinale com uma (x) a condição que se aplica à sua situação e preencha os espaços disponíveis para o caso de necessitar de especificar algum dos itens.

Data __/__/__

Nº

▪ Idade __

▪ Sexo Masculino Feminino

▪ Estado civil:

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado
- União de facto

▪ Com quem vive:

- Sozinho
- Cônjuge
- Filhos
- Outros familiares
- Outras pessoas (quais) _____

▪ Onde vive:

- Casa própria
- Casa alugada
- Casa de familiares
- Outra

- Quantas vezes/com que frequência está com os filhos

Diariamente

Dias alternados

2 dias por semana

Semanalmente

Quinzenalmente

Mensalmente

Outro (qual)

- Habilitações Literárias

Não sabe ler e escrever

Sabe ler e escrever

1º ciclo (“4ª Classe”)

2º ciclo (“9º Ano”)

Secundário

Ensino superior

- Profissão antes da reforma _____

- O que gosta de fazer no tempo livre:

Ver televisão

Ler

Escrever

Pintar

Jogar _____

Conversar

Fazer trabalhos manuais

Ouvir música

Faz exercício físico (qual) _____

- Usa meios de tecnologia:

Telemóvel

Internet

APOIO SOCIAL RECEBIDO

Solicito a sua colaboração para o seu preenchimento deste questionário, tem aproximadamente 10-15 minutos de duração.

Caraterização da rede e suporte social

1. Tem pessoas a quem possa recorrer no seu dia-a-dia?

Sim

Não

2. Quem são?

3. Que tipo de apoio é que essas pessoas lhe dão?

4. Quantas vezes por semana tem o apoio social da IPSS?

5. Depois de terem fechado o centro de dia, devido à pandemia, do que é que sente mais falta?

6. Na sua opinião quais os serviços que a IPSS deveria prestar durante esta fase de suspensão do centro de dia?

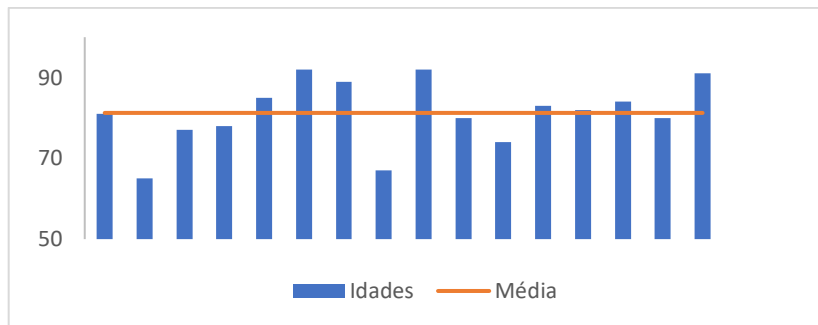
Agradeço a sua colaboração.

Apêndice IV

Apresentação gráfica dos resultados

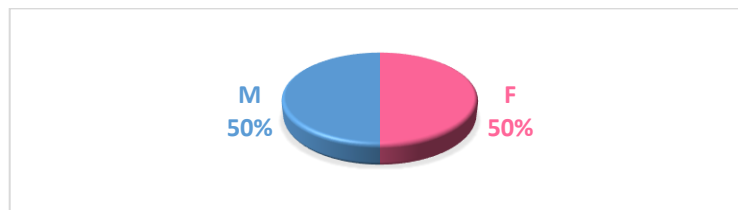
Caraterização Sociodemográfica

▪ Idade



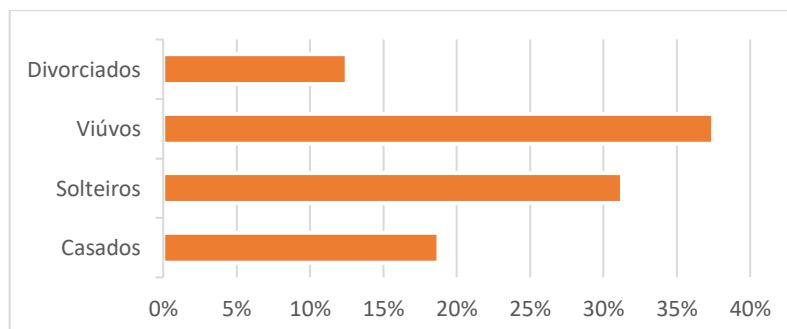
A faixa etária predominante é entre os 76-85 anos (56%), sendo a idade média de 81,3.

▪ Género



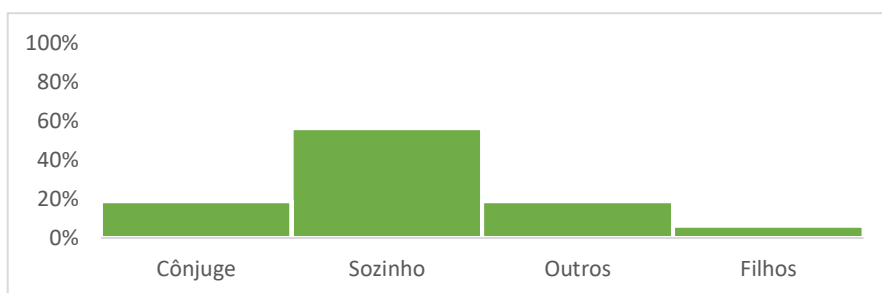
A amostra é constituída por 16 pessoas, homogénea em relação ao género, 50% são do sexo masculino e 50% são do sexo feminino.

▪ Estado civil



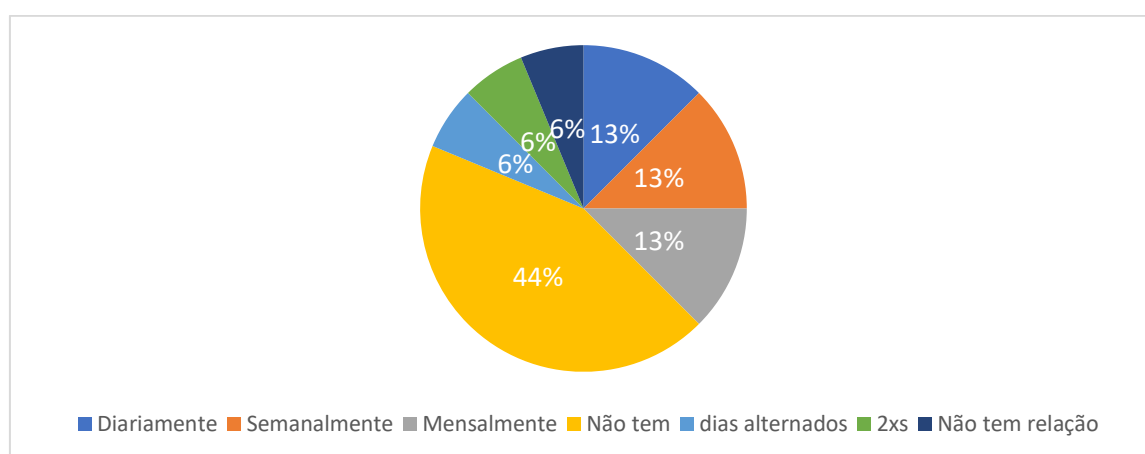
Em relação ao estado civil, a maioria são viúvos (38%) ou solteiros (31%) seguidos do estado civil casados (19%) e por último, divorciados (13%).

▪ Com quem vive



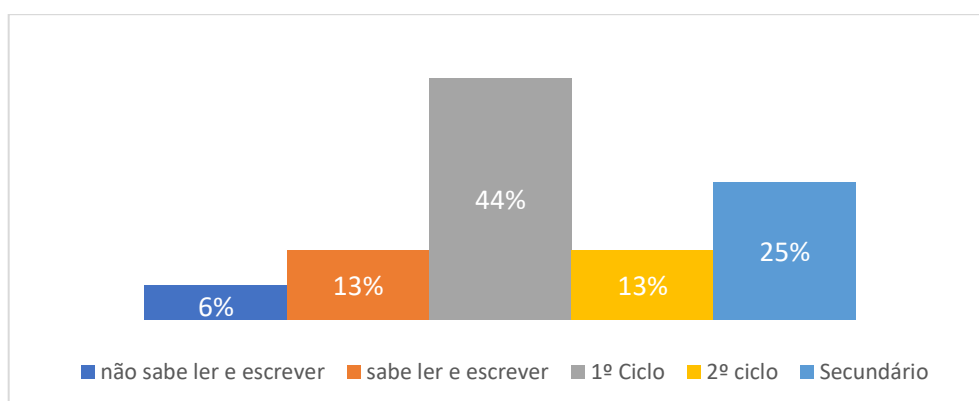
Da amostra analisada, a maioria das pessoas idosas vive sozinha (56%), as restantes pessoas vivem com o cônjuge (19%), outros familiares (19%) e 6% pessoa vive com os filhos.

▪ Com que frequência está com os seus filhos



Apesar da rede de suporte deste grupo etário ser os filhos (família nuclear), a maioria não tem filhos (44%), e os que têm, a frequência da interação é variável, entre diariamente (13%), semanalmente (13%), e mensalmente (13%).

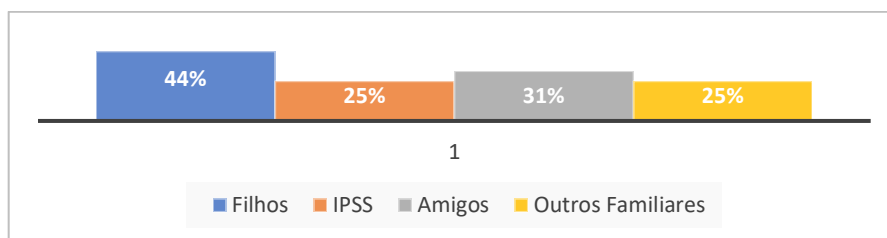
▪ Habilidades Literárias



Relativamente à escolaridade, cerca de 44% tem o 1º ciclo (antiga 4ª classe).

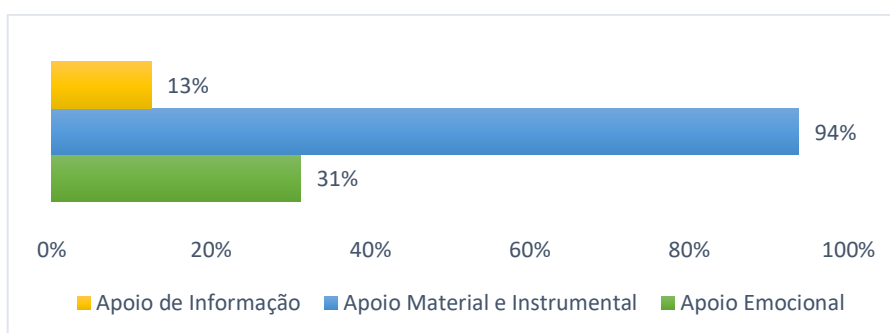
Apoio Social Recebido

▪ Rede Suporte Social (Formal e Informal)



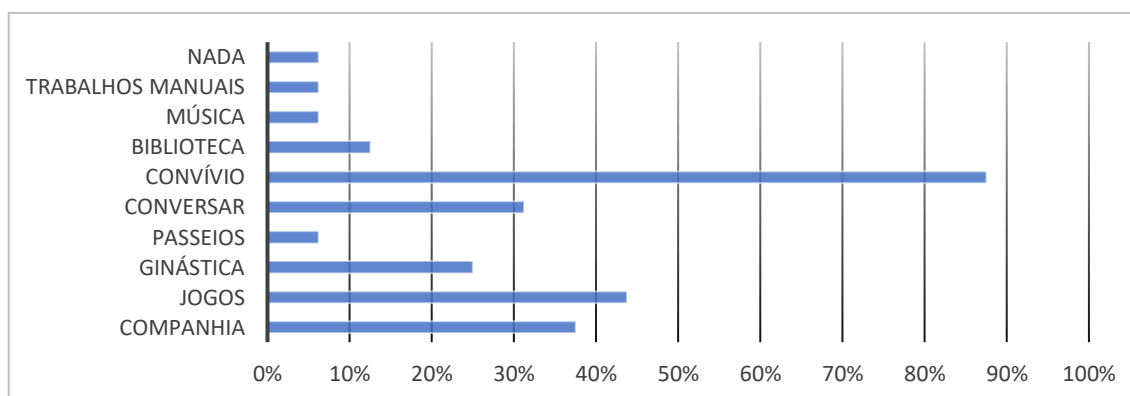
Em relação à rede de suporte social, 44% das pessoas têm como principal rede de suporte os filhos, as restantes pessoas identificam a sua rede noutros familiares (25%), vizinhos/amigos (31%) e na IPSS (25%).

▪ Caraterização do Suporte Social Recebido



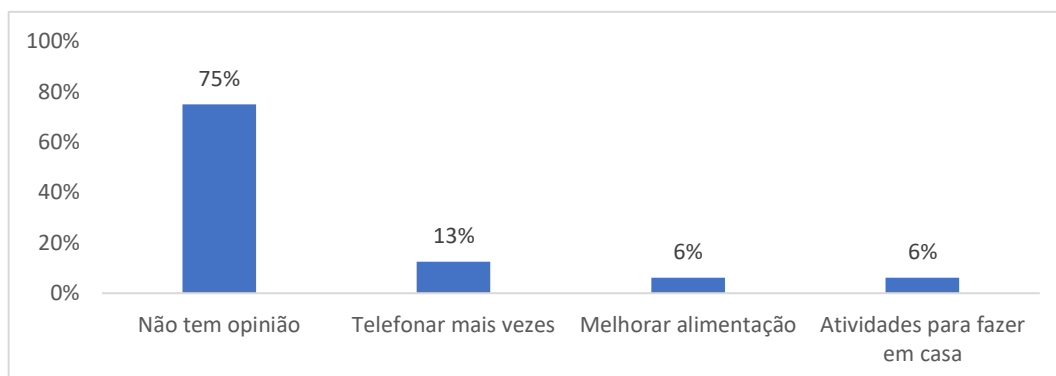
A caraterização do suporte social divide-se em 3 categorias, sendo a mais prevalente a categoria referente ao apoio material e instrumental com 94%, seguindo-se com 31% o apoio emocional, a categoria menos frequente com 9% foi a de apoio de informação.

▪ Necessidades de Suporte Social Formal



As respostas acerca das necessidades de suporte social, em relação à IPSS, estão especificadas neste gráfico, as atividades socioculturais são as que mais sobressaem, nomeadamente a necessidade de convívio (88%), fazer jogos (44%), seguida da necessidade de companhia (38%) e conversar (31%).

▪ **Sugestões de respostas adicionais prestadas pela IPSS, durante a pandemia**



Cerca de 75% da amostra não tem opinião/sugestão sobre respostas adicionais durante a pandemia, aceitam os serviços prestados e referem que dado os limites da pandemia a IPSS não pode fazer mais ou melhor.

Apêndice V

Análise do questionário sobre suporte social recebido

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQUÊNCIA
Rede de suporte Social (Formal e Informal)	Filhos	“As minha filhas” (1), (7), (8), (10), (11), (12), (13)	7
	Vizinhos/amigos	“as minhas vizinhas” (2), (5), (15), (16) “amigos” (4)	5
	Outros familiares	“o meu pai” (2), “sobrinhos, irmã” (6) “irmão” (8) “nora” (14)	4
	IPSS	“o centro de dia” (3), (4), (14), (16)	4
Caraterização do Apoio Social (Formal e Informal)	Apoio material/instrumental e técnica/serviços	“alimentação” (2), (3), (4), (6), (8), (9), (11), (13), (14), (16) “fazem as compras” (2), (7), (12), (13) “deslocações ao hospital” (3), (10), (16) “arranjos em casa” (5), (15) “ajudam quando caio em casa” (5)	20
	Apoio emocional (amor, estima, afeto)	“ligam, para saber como estou” (1), (6) “visitam-me, levam-me a passear” (6), (14) “conversamos” (11)	5
	Guia cognitivo e de conselhos	“ajudam-me a decidir” (8)	1
	Companhia social	“fazem-me companhia” (9)	1
Necessidades de Suporte Social Formal	Atividades Socioculturais (convívio, jogos, dança)	“Jogar Boccia, cartas, passeios” (1), “jogos” (2), (3) “jogo palavra puxa-palavra” (8) “convívio” (3), (6), (7), (9), (10), (11), (12), (14), (16) “ir à biblioteca” (3), (8) “jogar as cartas, dominó” (5) “brincadeira” (7) “música” (8) “atividades sociais nas épocas festivas” (9)	19
	Apoio psicológico (conversar, companhia)	“companhia” (1), (6), (7), (10), (14) “sinto falta de tudo...da companhia” (2), (12) “falta dos amigos” (4) “conversar” (4), (8), (15)	11
	Atividades Ocupacionais (trabalhos manuais, ginástica)	“Fazer ginástica” (1), (2), (8), (15) “estar ocupado” (5), (12) “passar o tempo” (11) “sair de casa” (8) “andar” (10) “rendas” (16) “pintar” (16)	11

Apêndice VI

Pontuação nominal da escala de satisfação com o suporte social, por fatores e total, com a cotação original (0 a 75) e convertida (0 a 100)

Questionário	DIMENSÕES								SATISFAÇÃO SUPORTE SOCIAL	
	Intimidade (Itens 1, 4, 5 e 6)		Atividades sociais (Itens 2,7 e 8)		Satisfação com amigos (Itens 3, 12, 13, 14 e 15)		Satisfação com família (Itens 9, 10 e 11)			
	Original	Convertido	Original	Convertido	Original	Convertido	Original	Convertido	Original	Convertido
1	12	60	3	20	17	68	12	80	44	59
2	9	45	3	20	10	40	12	80	34	45
3	14	70	7	47	17	68	3	20	41	55
4	15	75	5	33	19	76	9	60	48	64
5	14	70	3	20	20	80	11	73	48	64
6	20	100	8	53	19	76	15	100	62	83
7	8	40	4	27	17	68	12	80	41	55
8	8	40	5	33	18	72	12	80	43	57
9	14	70	5	33	20	80	11	73	50	67
10	19	95	6	40	22	88	15	100	62	83
11	16	80	13	87	17	68	13	87	59	79
12	4	20	8	53	7	28	3	20	22	29
13	13	65	7	47	24	96	13	87	57	76
14	13	65	5	33	17	68	6	40	41	55
15	13	65	5	33	17	68	12	80	47	63
16	15	75	3	20	8	32	10	67	36	48

Apêndice VII
Projeto de Articulação Intergeracional



PROJETO DE ARTICULAÇÃO – INTERGERACIONAL
COMISSÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA
PÓVOA DE SANTO ADRIÃO E A
ESCOLA BARBOSA DE BOCAGE

“Conta-me como foi, aprende como é”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Lisboa
Dezembro de 2020

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	2
1. JUSTIFICAÇÃO.....	3
2.PROJETO DE ARTICULAÇÃO.....	4
2.1 OBJETIVOS.....	4
2.2 POPULAÇÃO ALVO.....	4
2.3 RECURSOS HUMANOS.....	4
2.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	5
2.5 AVALIAÇÃO.....	6
3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	9

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na unidade curricular Estágio Final e Relatório, desenvolvida na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) Saúde a Seu Lado, foi desenvolvido o projeto comunitário “Reinventar o centro de dia para as pessoas idosas, em tempo de pandemia”. Este, teve por base a metodologia de Planeamento em Saúde e pretende responder às necessidades sentidas pelas pessoas idosas que frequentavam o centro de dia, no CRPI-PSA (Comissão de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião), antes da pandemia, especificamente nas dimensões “falta de apoio social”, “risco de isolamento social” e “falta de apoio emocional”.

Em março de 2020, a atividade dos centros de dia foi suspensa por força da situação epidemiológica da COVID 19, impondo-se ao setor social e solidário um amplo e exigente leque de respostas essenciais à população.

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial aos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a prevenir o isolamento e as suas consequências para a saúde. Nesse sentido, os programas intergeracionais surgem como uma metodologia de ação social, pois, são veículos para o intercâmbio concreto e continuado de recursos e de aprendizagem entre as gerações idosas e as mais jovens, com o objetivo de alcançar benefícios mútuos, individuais e sociais (Ferreira, 2008).

Assim, foi elaborado este projeto começando pela justificação da sua pertinência, seguida dos objetivos, população alvo, recursos humanos necessários para a sua concretização, pressupostos para a sua implementação e por último, critérios de avaliação.

1. JUSTIFICAÇÃO

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) com um grupo interministerial, definiu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2016-2025 (ENEAS), apresentando propostas políticas e linhas orientadoras face ao envelhecimento, perante as alterações da capacidade funcional ao longo do ciclo vital (Despacho nº 12427/2016, DGS, 2017). Entre outras, propõe como medida a criação de ambientes potenciadores da integração e participação: “Promover o desenvolvimento de programas no âmbito da interação social através da criação de espaços intergeracionais e ações tendentes a destacar o valor social e económico da solidariedade intergeracional na família e na comunidade”.

A intergeracionalidade consiste na criação e promoção de oportunidades que garantam a construção de relações intergeracionais e a continuidade da educação entre indivíduos de diferentes gerações, de modo a fomentar a solidariedade, interdependência, reciprocidade, partilha de conhecimentos e a transformação entre indivíduos, contribuindo para a construção de um modelo de sociedade mais justo e solidário (Ferreira, 2017). Assim, surge como resposta ao problema do envelhecimento e como estratégia ao envelhecimento ativo e saudável.

Se é verdade que as gerações mais velhas têm uma função de transmissão de conhecimentos e saberes às novas gerações, e que essa transmissão é imprescindível para a preservação da cultura coletiva, também é verdade que as gerações mais novas podem ser transmissoras de conhecimentos e promotoras de bem-estar, participação social e autovalorização dos idosos.

No seguimento desta abordagem, propomos apresentar um projeto de articulação entre as pessoas idosas do CRPI-PSA e as crianças da escola Barbosa de Bocage, dada a sua proximidade geográfica, proporcionando-lhes uma educação para a intergeracionalidade e promoção da saúde de cada uma das gerações.

2.PROJETO DE ARTICULAÇÃO

2.1 OBJETIVOS

Este projeto tem como **objetivo geral**:

Contribuir para o processo de construção de respostas de suporte social adaptadas às pessoas idosas, através das práticas intergeracionais, promovendo as competências sociais em crianças e idosos e construir relações entre as diferentes gerações.

Como **objetivos específicos**, propomos:

- Promover o envolvimento ativo dos parceiros da comunidade, incentivando o desenvolvimento de atividades intergeracionais e transferência de conhecimentos.

- Diminuir o isolamento social e reforçar o envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas;

- Sensibilizar as crianças para o reconhecimento do estatuto da pessoa idosa, minimizando o estigma social;

- Promover a proximidade afetiva e comunicacional entre as gerações, fomentando o relacionamento e conhecimento intergeracional.

2.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo deste projeto é constituída pelas crianças da escola Barbosa de Bocage, que forem selecionadas pela instituição, de acordo com as atividades mais adequadas a cada faixa etária, e pelas pessoas idosas que frequentam o centro de dia, selecionadas pela CRPI-PSA, que tenham capacidades para a atividade escolhida.

2.3 RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos serão mobilizados de acordo com as atividades planeadas por cada instituição, no entanto estarão sempre envolvidas a professora ou educadora da escola e a animadora sociocultural da CRPI-PSA, podendo ter a colaboração de outros

profissionais, nomeadamente, a direção técnica, professor de educação física, ajudantes de ação direta da CRPIPSA e as assistentes operacionais da escola.

2.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

A implementação do projeto depende do plano de ação de cada instituição, estimulando-se a troca de perspetivas, o contacto em pequeno grupo entre as duas idades e assegurando que as duas gerações se sintam ao mesmo nível e em igualdade de oportunidades no seio do grupo. Por outras palavras, idosas e jovens devem ser desafiadas a fazer o mesmo tipo de atividade, numa atitude de cooperação e diálogo. As atividades propostas devem ser planeadas para ir ao encontro dos gostos e interesses das crianças e idosas (e.g., culinária, jogos, trabalhos manuais), sempre com a preocupação de que faça sentido para ambas as gerações.

Para a implementação deste projeto sugerimos como base o Projeto MATES - Mainstreaming Solidariedade Intergeracional, pois este fornece argumentos para refletir, inspirar e fundamentar estas práticas baseadas na evidência científica.

O mesmo projeto descreve 8 princípios básicos que os profissionais devem ter em consideração quando adotam uma abordagem intergeracional a saber:

1. todas as gerações de participantes obtêm benefícios mútuos e recíprocos;
2. participação ativa de todos os envolvidos, para que o projeto tenha sucesso;
3. baseada em mais valias, trabalha com as gerações para ajudá-las a descobrir as suas forças e depois construir o sucesso assente nos princípios de compreensão e o respeito mútuo;
4. o planeamento é essencial, como para qualquer outro projeto;
5. fundada em bases culturais, embora os princípios por detrás desta abordagem possam ser os mesmos, as necessidades, contexto e atitudes das pessoas podem ser muito diferentes;
6. reforçam laços na comunidade e promovem uma cidadania ativa;
7. desafiam a gerontofobia, previnem atitudes preconceituosas relacionadas com a idade, em vários graus;
8. são interdisciplinares, dão oportunidade para alargar a experiência dos profissionais, para trabalharem de modo mais inclusivo e envolverem-se com o trabalho dos outros grupos, capacitando-os a pensar de modo mais amplo (Pinto, 2009).

A experiência de entidades que já desenvolveram projetos nesta área incitam outras a reproduzir estas práticas, como é o caso do projeto Sharing Childhood 2 (SACHI 2) um projeto de investigação europeu e intergeracional desenvolvido ao longo de dois anos escolares (2016-2018). Tratava-se de um programa intergeracional desenvolvido em escolas, com o objetivo de promover o envelhecimento positivo e quebrar as barreiras entre as gerações, em particular, as de crianças dos 9 a 12 anos e de adultos com mais de 50 anos. O SACHI2 foi estruturado de modo a ser implementado numa escola pela primeira vez, foi planeado ao longo de dois anos escolares permitindo uma preparação e implementação completas. A planificação deste projeto, encontra-se no site, infra-citado, assim como o plano de cada sessão.⁴

Uma das práticas que se preconiza em projetos deste âmbito é a formação de animadores intergeracionais, estes seriam os líderes do projeto e os organizadores das atividades, promovendo sempre o envolvimento e participação de todos os profissionais de cada instituição.

Existe uma ampla diversidade de manuais, guias, ferramentas e recursos relacionados com as práticas intergeracionais, que provêm da experiência no terreno, investigação ou da combinação de ambos. No entanto, não há receitas perfeitas ou infalíveis, cada instituição deve avaliar os pontos fortes e pontos fracos e a melhor dinâmica, tendo em conta as características do grupo envolvido em cada atividade.

2.5 AVALIAÇÃO

Os programas devem ser avaliados em termos do seu impacto sobre os participantes (crianças e pessoas idosas) e da comunidade envolvente, para os quais se devem usar indicadores como os que se apresentam no quadro que se segue.

⁴ https://gifes.uib.cat/digitalAssets/560/560341_SACHI2_OI1-Guidelines_PTxx.pdf

INDICADORES	META
Nº de atividades realizadas / total de atividades planejadas x 100	
Nº pessoas idosas e crianças que realizaram as atividades / nº total de pessoas idosas e crianças inscritas nas atividades x 100	
Nº pessoas idosas e crianças satisfeitos e muito satisfeitos com as atividades / nº total de pessoas idosas e crianças a frequentar as atividades x 100.	

Os benefícios para crianças e jovens da participação em atividades intergeracionais podem incluir: o aprimoramento de habilidades acadêmicas e de desempenho, melhores atitudes para com o envelhecimento e o desenvolvimento emocional, aquisição de competências sociais e entre outros.

Os benefícios para as pessoas idosas podem incluir o aumento da saúde, ao nível de aumento de atividades, qualidade de vida, a autodescoberta e circunstâncias de vida melhoradas.

A avaliação deste projeto não será imediata, os benefícios e ganhos em saúde, para cada geração, não serão um resultado, mas antes uma consequência de uma sociedade mais solidária, justa e inclusiva.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intergeracionalidade promove as relações de comunicação entre as diferentes faixas etárias e pode servir de vínculo que permita aos indivíduos enriquecerem com os conhecimentos e as experiências de vida das pessoas idosas, encarando deste modo a intergeracionalidade como o possível contributo para a aquisição de (re)equilíbrio social, tornando assim as sociedades mais justas, dignas e solidárias.

Ambas as gerações possuem saberes e a sua troca possibilita vivenciar vários modos de pensar, agir e de sentir, assim como de mudar opiniões e visões acerca do mundo e das pessoas, mas respeitando assim as suas diferenças e criando uma história comum, a partir das sabedorias de cada um.

Estas atividades já são desenvolvidas pontualmente nestas instituições, pelo que este projeto vem dar ênfase a esta prática e formalizá-la. Esperamos que seja mais uma alavanca para o desenvolvimento de boas práticas e para a implementação da solidariedade intergeracional.

A pertinência do projeto suportou-se em evidências científicas, valorizando a sustentação da ação nos resultados. Atividades intergeracionais, com crianças e idosos, são uma mais valia, para a valorização das pessoas mais velhas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das sociedades de forma a torná-las mais coesas, solidárias e colaborantes entre si.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção Geral da Saúde - *A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável* (ENEAS) 2016-2025 (2017) (Proposta do grupo interministerial- Despacho nº 12427/2016, DGS. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Ferreira, F. (2008). *As crianças e a comunidade: uma perspetiva intergeracional da educação*. Grupo de Trabalho 6: Infância(s), Família(s) e Comunidade(s): um olhar sociológico em torno de experiências de cidadania. IV Congresso Português de Sociologia. *Mundos sociais: saberes e práticas*. Universidade Nova de Lisboa., livro de atas 778 (pp 1-10). Disponível em: <http://associacaoportuguesasociologia.pt/vicongresso/pdfs/778.pdf>
- Ferreira, I. (2017). *Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo: Análise de necessidades de uma comunidade local, enquanto via fundamentadora de projetos relevantes e sustentáveis*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/43108>
- Grupo de Formação e Investigação Social e Educacional (GIFES) - Universidade das Ilhas Baleares (2018). *Projeto Sharing Childhood 2 (SACHI 2). Guia de Implementação de Programas de Aprendizagem Intergeracional*. Lodz, Palma, Glasgow, Porto.
- Organização Mundial de Saúde. (2008) *Guia global: cidade amiga do idoso*. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- Pascoal, D. et al (2020). “Vidas com história” Intergeracionalidade para a promoção de atividades recreativas com idosos. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, Vol. 8, N. ° 1, pp. 109-123. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19883>
- Pinto, T. et al. (2009). *MATES - Guia de ideias para planear e implementar projetos intergeracionais. Juntos: ontem, hoje e amanhã*. Editora: Teresa Almeida Pinto Associação Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo, Portugal. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/documentos-nacionnter/MATES%20Guia%20de%20ideias%20para%20planear%20e%20implementar%20projectos%20intrgeracionais.pdf>
- The TOY Project Consortium (2013), *Reweaving the tapestry of the generations: An intergenerational learning tour through Europe*, Leiden: The TOY Project. Disponível em: <http://www.toyproject.net/wp-content/uploads/2016/01/Toy-in-action-portuguese.pdf>

Projeto elaborado por: Sónia Coelho

Data: 18/12/2020

Mestranda do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem da UCP
na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Sob Orientação de:

- Enfermeira Mestre e Especialista Olívia Serra
- Professora Doutora Elisa Garcia

A Diretora da escola

Assinatura

Presidente da CRPIPSA

Assinatura

Apêndice VIII
Cronograma de Atividades

Apêndice IX

Planeamento, diapositivos e material de apoio da SEpS

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE (SEpS)

Local: Centro de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião

Datas: 15 de dezembro de 2020 e 12 de janeiro de 2021

Duração: 60 min

Temática: “Reinventar o centro de dia - Capacitar para a saúde melhorar”

Formadoras/Dinamizadores: Enf^a Sónia Coelho /professora M^a João (Yoga)

Destinatários: Pessoas Idosas que frequentavam o centro de dia

Objetivo geral:

Sensibilizar para um envelhecimento ativo e saudável

Objetivos específicos:

- Incentivar para uma alimentação saudável e para a prática de exercício físico
- Promover a saúde mental
- Incentivar à participação e envolvimento das pessoas idosas na sessão de educação para a saúde.

Objetivos Operacionais/Indicadores de Atividade:

- 100% de folhetos e frases motivacionais distribuídas em cada sessão.
- 80% das pessoas idosas presentes na SEpS
- 50 % das pessoas idosas participem ativamente na SEpS

Indicadores de Resultado: Índice de atenção e participação percecionados; 80% de pessoas idosas que avaliem a sessão de forma satisfatória

Planeamento da SEpS

Etapas	Conteúdos /Temas	Métodos pedagógicos	Recursos e material	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das formadoras • Apresentação do tema e objetivos da sessão • Motivação do grupo, dar as boas vindas, utilizando o nome dos participantes 	Método e técnica expositiva e interrogativa Quebra gelo	Formadoras Computador projektor	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Importância de um envelhecimento ativo e saudável • Identificação dos benefícios da atividade física • Prevenção e atuação, em caso de queda • Prática de Yoga • Abordagem sumária sobre importância de atitudes positivas, como a autoestima e a resiliência. • Identificação de recursos comunitários 	Método e técnica expositiva e interrogativa Método e técnica demonstrativa Método ativo com exercícios práticos	Formadoras Computador Projektor Visualização de vídeo	5 min 10 min 15 min 10 min
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Breve síntese da sessão • Esclarecimento de dúvidas • Agradecer e valorizar a participação • Avaliação da SEpS • Entrega de folhetos, frase motivacional com íman e lembrança de participação 	Método e técnica expositiva e interrogativa	Questionário de avaliação da SES; Folhetos, frase motivacional com íman e lembrança de participação	10 min

Diapositivos da SEpS

REINVENTAR O CENTRO DE DIA CAPACITAR PARA A SAÚDE MELHORAR

13º Curso de Atualização em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Mediadora: Sónia Coelho
 Orientação UCC: mestre e enfermeira: Olívia Serra
 Orientação UCP: professora doutora: Elina Garcia

Envelhecimento ativo e saudável

O envelhecimento é universal e inevitável. É um processo que pode ser vivido de diferentes formas, por cada indivíduo.

Há fatores que podem influenciar e acelerar o envelhecimento: as doenças, o ambiente e os estilos de vida.

Velhice

"Há homens que lutam um dia e são bons; há outros que lutam um ano e são melhores; há aqueles que lutam muitos anos e são muito bons; mas há os que lutam toda a vida. Estes são imprescindíveis".

Brecht

O que podemos fazer para melhorar a nossa saúde?

Alimentação saudável

Atividade Física

PIRÂMIDE ALIMENTAR RECOMENDADA A DIÁRIOS
 Alimentos energéticos: cereais, tubérculos, leguminosas, arroz, milho, batata, mandioca, etc.
 Alimentos ricos em fibra: pão integral, arroz integral, milho integral, etc.
 Alimentos ricos em proteínas: carne, peixe, ovos, leite, iogurte, queijo, etc.
 Alimentos ricos em gorduras: azeite de oliva, óleo de girassol, etc.
 Alimentos ricos em açúcares: açúcar, mel, etc.

Quais os benefícios da atividade física?

1. É essencial para um envelhecimento saudável;
2. Melhora a tensão arterial, a diabetes e outras doenças;
3. Previne a obesidade, as dores nas costas, a depressão;
4. Diminui o stress, a necessidade de consultas médicas, fisioterapia, gastos com medicamentos;
5. Aumenta a capacidade funcional para atividades do dia-a-dia, a memória e autoconfiança e autoestima.



PRÁTICA DE YOGA
PROFª MARIA JOÃO

Envelhecimento ativo e saudável



O corpo envelhece sem a sua permissão... A alma só envelhece se você permitir!



O poder da autoestima e da resiliência

Autoestima: capacidade que o indivíduo tem de ter uma avaliação positiva de si mesmo, em diferentes aspectos da vida.



Resiliência: é a capacidade que uma pessoa tem de se adaptar de forma positiva perante de situações adversas/obstáculos.

- Fatores internos: otimismo e humor.
- Fatores Externos: apoio social família, amigos, instituições.

O poder da autoestima e da resiliência



"SE O TEMPO ENVELHECER O SEU CORPO, MAS NÃO ENVELHECER A SUA EMOÇÃO, VOCÊ SERÁ SEMPRE FELIZ."
AUGUSTO CURY



<https://youtu.be/m-e-0S-DK1g>

Recursos Comunitários

33 anos a "fazer bem sem olhar a quem"

PARAFENY
15 de Junho de 2020

VIZINHO AMIGO

Serviço de Teleassistência

Odivelas

O segredo da longevidade é:
comer a metade,
andar o dobro
e rir o triplo.
Provérbio Chinês

**Obrigada pela
vossa atenção!**

Sónia Coelho

Folheto Informativo da SEpS

“SE O TEMPO ENVELHECER O SEU CORPO, MAS NÃO ENVELHECER A SUA EMOÇÃO, VOCÊ SERÁ SEMPRE FELIZ.”
AUGUSTO CURY



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/7020690293258794/>

DEPOIS DA TEMPESTADE VEM SEMPRE O SOL
SEJA POSITIVO
#ACREDITAR



Fonte: <https://www.assolacorebio.pt/36ss>







Elaborado por: Sónia Coelho
Enfermeira UCC:
Professora UCP: Elisa Garcia

Mestrado em Enfermagem na
Área de Enfermagem de
Saúde Comunitária e
Saúde Pública
2019/2020

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Direção Geral de Saúde - A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2016-2020 (2017) (Proposta do grupo interministerial- Despacho nº 12427/2016, DGS. Acedido em setembro de 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directoria.../circulo-normativo-n-1345qj-de-02072004-pdf.aspx>.
- Estrutura de Missão Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados. (2016) Manual do Cuidador – Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio. EDIÇÃO: Direção Regional da Saúde/Saúde Social- Governo Regional das Açores. Disponível em: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/06/Envelh_ativo_manual-cuidador-preven/KC3KA7KC3KA5s-queidas.pdf
- Rodrigues, A. et al. (2017). "Viver com Saúde – Depois dos 60 anos" Editora: Saúde Come. ISBN: 978-989-98576-8-8 Disponível em: https://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/06/Livro_SaudeFrenteCome_30dezembro2017.pdf

Unidade de Cuidados na Comunidade
"Saúde a Seu Lado"
Universidade Católica Portuguesa



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/7497066690375845/>

REINVENTAR O CENTRO DE DIA
CAPACITAR PARA A SAÚDE MELHORAR



<https://www.gulacompo.com/destaque/bem-estar-cuidado-com-o-alimentacao-no-terceira-idade/55>



Atividade Física + Alimentação saudável

BENEFÍCIOS ATIVIDADE FÍSICA:

1. É essencial para um envelhecimento saudável;
2. Melhora a tensão arterial, a diabetes e outras doenças;
3. Previne a obesidade, as dores nas costas, a depressão;
4. Diminui o stress, a necessidade de consultas médicas, fisioterapia, gastos com medicamentos;
5. Aumenta a capacidade funcional para atividades do dia-a-dia, a memória e autoconfiança e autoestima.



Fonte: <https://br.pinterest.com/pin/9270792353096400/>

Prevenção de Quedas e Acidentes

- Iluminação adequada
- Sensores de deteção de movimento;
- Tapetes anti-derrapantes;
- Evite pisos escorregadios;
- Instale barras de segurança;
- Remova tudo o que não é estável.



Fonte: <https://soundissia.blogspot.com/2016/03/o-conceito-de-promocao-do-saude-e-vo.html>

Envelhecimento ativo e saudável


CUIDADOS A TER :

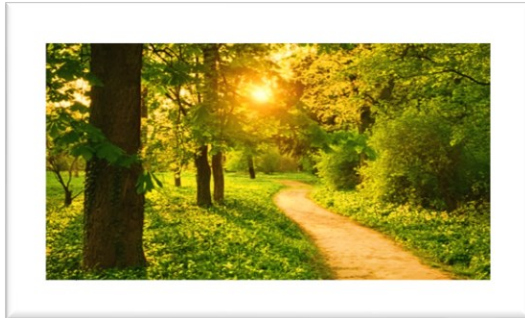
- Alimente-se e hidrate-se antes da atividade física
- Roupas e calçado confortáveis
- Pratique atividade física adequada às suas capacidades
- Pare se sentir náuseas, tonturas, dores ou falta de ar
- Antes e depois faça um aquecimento e relaxamento muscular, até abrandar o ritmo cardíaco

Frases Motivacionais (Imans)

**“Cabeça erguida,
Fé no coração e
Coragem no caminho”**

Fonte: <http://www.asnovenomeublog.com/>





“Gratidão por tudo o que veio.

**“É Coragem e fé para tudo
És mais forte do que pensas,
O que há de vir”
És mais capaz do que acreditas,**

Fonte: <http://www.asnovenomeublog.com/>

ES, e serás sempre,

Muito mais do que aquilo

Que vês ao espelho.”

Fonte: <http://www.asnovenomeublog.com/>



Apêndice X

Diapositivos da apresentação do projeto na UCC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

11ª Curso de Graduação em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO UCC "Saúde ao Seu Lado"

Monitoria: Ismael Corfio
Orientação UCC: mestre e especialista Cibara Silva
Orientação UCP: professora doutora Eliana Garcia

17 de dezembro de 2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pandemia por SARS-CoV-2

Em março de 2020, a chegada do vírus de alta letalidade para o tipo de situação epidemiológica COVID-19, impactou em toda a sociedade, afetando não apenas o cenário de grandes metrópoles, mas também as pequenas localidades de todo o país.



Esta pandemia afetou os hábitos de vida de todos, exigindo um isolamento social sem precedentes, em particular nos países mais desenvolvidos, os Estados Unidos.

O que sabemos a estes dias?
As PDS surgiram em resposta às suas necessidades: físicas, psicológicas e sociais?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porque a teoria no âmbito do Suporte Social?

El entendimiento en sí es un tal, que se propone salir afuera de soporte social, sus hábitos, sus costumbres, perdidos, en su vida y en su propósito de ser, pero como en cualquier momento de vida.

Uma vez que el nivel de entendimiento, entendiendo en sí es el soporte social, en su vida, el soporte social al perder sus características, incluidas por sí mismo, se debe considerar el soporte social. ¿Qué nivel de apoyo al soporte social? ¿Cuál es el nivel de apoyo al soporte social? (Páez, 1998)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO - REANIMAR O CENÁRIO DE DP, PRAXIS PESSOAL DONA, EM TEMPO DE PANDEMIA

PROBLEMAS:
Oliveira em nível de suporte social formal, além das práticas pessoais, não é capaz de lidar com a UCC, para seu desenvolvimento, além de sua saúde.

Objetivos:
Cuidados, empoderamento comunitário, empoderamento de comunidade, desenvolvimento de suporte social adaptados, atendimento de suporte social.

Intervenção – Planejamento em Saúde
Orientações Metodológicas – Impactos e Cuidados (1992)
Medicina comunitária – Betty Lorenson (2011)
Competências Específicas de CF para a PDSOP (2010)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diagnóstico da Situação

- Caracterização do Suporte Social Básico
- População e âmbito
- Instrumentos de coleta de informação
- Apresentação e análise de informação
- Necessidades e Diagnóstico de Informação
- Definição de Prioridades

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Caracterização da Superação da PDS

Função de Saúde Social Formal	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.
Capacidade de Saúde Social	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.
Atividade de Saúde Social	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.
Atividade de Saúde Social	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.	Atividade social formal, que atua em nível de suporte social formal, com o objetivo de promover o bem-estar da população, através de ações planejadas e sistemáticas.



Características Socioeconômicas

Característica	N	%	Característica	N	%
Sexo			Escolaridade		
Feminino	82	100%	Alta	1	1%
Masculino	0	0%	Alta e Média	1	1%
Idade			Média	1	1%
75-79	1	1%	Média e Baixa	1	1%
80-84	1	1%	Baixa	1	1%
85-89	1	1%	Baixa e Baixa	1	1%
90-94	1	1%	Baixa e Baixa	1	1%
95-99	1	1%	Baixa	1	1%
100+	1	1%	Baixa	1	1%
Estado Civil			Profissão		
Casado	1	1%	Profissional	1	1%
Divorciado	1	1%	Profissional	1	1%
Viúvo	1	1%	Profissional	1	1%
Solteiro	1	1%	Profissional	1	1%
Religião			Profissão		
Católica	1	1%	Profissional	1	1%
Outras	1	1%	Profissional	1	1%



Apelo Social Benefício

Atividade Social (Atividade Social)

Item	Quantidade	Porcentagem	Item	Quantidade	Porcentagem
Atividade Social (Atividade Social)	1	1%	Atividade Social (Atividade Social)	1	1%
Atividade Social (Atividade Social)	1	1%	Atividade Social (Atividade Social)	1	1%
Atividade Social (Atividade Social)	1	1%	Atividade Social (Atividade Social)	1	1%

Índice de Satisfação

Gráfico de barras mostrando o índice de satisfação em diferentes níveis.

Gráfico de barras

Gráfico de barras mostrando a distribuição de dados em diferentes níveis.

Visão Geral (Diagnóstico e Informação)

Diagnóstico e Informação

Diagnóstico e Informação

Diagnóstico e Informação

Diagnóstico e Informação

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

OBJETIVO GERAL:
 Contribuir para a formação em saúde das pessoas idosas, que impulsionem o cuidado de idosos em sua comunidade, para o seu bem estar de saúde socialmente, no período de setembro a dezembro de 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Valorizar o seu dia a dia, de saúde social, para a reintegração do indivíduo social e falta de apoio emocional e social, através de atividades sociais e culturais, com visitas de visitas para a saúde;
- Atender as atividades sociais, através um projeto de atividades e cuidados de saúde e saúde;
- Colaborar em projetos sociais, para aumentar o suporte social formal;
- Envolver o equipe de UCC no projeto, promovendo a sua atividade.

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

1. **Seleção de Estratégia** (2020) → 2. **Interação** → 3. **Processo**
 ↳ Projeto Formal ↳ Filiação para a Saúde ↳ Projeto Integrativo

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

COMITE

"Cabeça esperta, de no criação e coragem no caminho"
 "Se não tem de que pensar, não tem que de que fazer."
 "Se a vida não tem, não tem de que fazer."

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

Seleção de estratégia para a saúde:
 "Formando o conhecimento, capacitar para a ação"

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

IPPI

Projeto de Atividade Integrativa
 Centro de Referência, Prevenção e Cuidado de
 Idosos do Bairro Adolfo e
 Bairro Santa Maria de Nazaré

"Cada um tem de que pensar"

CADOLKA
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 INSTITUCIONAL

Objetivos
 1. Realização de visitas
 2. Interação social
 3. Formação de equipes
 4. Formação de equipes
 5. Formação de equipes
 6. Formação de equipes
 7. Avaliação dos projetos

Atividade	Realização	Objetivo
Realização de visitas	100%	Realização de visitas
Interação social	100%	Interação social
Formação de equipes	100%	Formação de equipes
Formação de equipes	100%	Formação de equipes
Formação de equipes	100%	Formação de equipes
Formação de equipes	100%	Formação de equipes
Formação de equipes	100%	Formação de equipes

Realização de visitas
 Realização de visitas

CADIRCA
 CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
 EM REABILITAÇÃO

ACESSIBILIDADE **SAÚDE COMUNITÁRIA**

Objetivos do Programa de Saúde Comunitária

1. Implementar ações
2. Promover a participação
3. Promover a capacitação
4. Promover a autonomia
5. Promover a integração e a rede
6. Promover a sustentabilidade
7. **Avaliação dos projetos**

INDICADOR DE REALIDADE	UNIDADE
Exatidão com o modelo de intervenção para a saúde - Nº pessoas idosas que se participaram em ações de saúde / total de idosos? % total de pessoas idosas que participaram em sessões	80%
Projeto liderar central - que resulte pela de saúde comunitária pela IPD Proposta - Avaliação anual de projeto	

CADIRCA
 CENTRO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO
 EM REABILITAÇÃO

ACESSIBILIDADE **SAÚDE COMUNITÁRIA**



Obrigada pela vossa atenção!

Sónia Coelho

Apêndice XI

Pedido de consentimento informado às pessoas idosas

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Eu, Sónia Coelho, no Âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, venho solicitar a sua participação num projeto de intervenção comunitária subordinado ao tema “As pessoas idosas e o suporte social formal, em tempo de pandemia”.

Este projeto insere-se nos objetivos do estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde a seu Lado, em Odivelas, sob a orientação clínica da Senhora Enfermeira Olívia Serra e da Senhora Professora Elisa Garcia.

O suporte social é um recurso cujo suporte informativo, emocional e instrumental, assume um papel de relevo na promoção da saúde e no envelhecimento ativo e saudável, contribuindo para o desenvolvimento da capacitação das pessoas idosas para ultrapassar os obstáculos com que se deparam no seu dia-a-dia.

Este projeto tem como finalidade identificar as necessidades de suporte social das pessoas idosas que frequentavam o centro de dia, antes da pandemia e contribuir para a literacia em saúde para o uso das redes de suporte social formal dessas pessoas.

Toda a informação obtida através dos instrumentos de colheita de dados, questionários e escala, será tratada cumprindo os princípios éticos aplicados à investigação, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados, que serão utilizados somente para este projeto.

A sua participação neste projeto é voluntária e pode retirar-se, livremente, a qualquer altura, sem que isso lhe cause qualquer prejuízo ou dano pessoal/institucional associado.

Desta forma, solicitamos o seu consentimento para responder às questões que lhe serão colocadas. Desde já, agradeço a sua colaboração para este projeto.

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Declaro que fui informada/o pela enfermeira Sónia Maria Fernandes Coelho, que está a estagiar Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde a seu Lado, em Odivelas, sob a orientação clínica da Senhora Enfermeira Olívia Serra e da Senhora Professora Elisa Garcia, que se encontra a desenvolver um projeto de intervenção comunitária subordinado ao tema “As pessoas idosas e o suporte social formal, em tempo de pandemia”.

Aceito participar no mesmo, respondendo às questões que me forem colocadas pelo instrumento de colheita de informação, para todos os efeitos considerados no projeto, incluindo a divulgação académica e científica, mantendo a confidencialidade e princípios éticos subjacentes, e que tive oportunidade de formular questões que achei oportunas e me foram respondidas satisfatoriamente.

Sou livre de responder às questões colocadas e posso a qualquer altura retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação neste projeto, sem que isso tenha qualquer prejuízo para mim.

Assinatura do participante

Data _____

Assinatura da Enfermeira Sónia Coelho, Cédula Profissional N°42297

Data _____

Apêndice XII

Pedido de autorização para a realização do projeto à direção da IPSS

Pedido de autorização para a realização do Projeto à Direção da CRPI-PSA

No âmbito do estágio final inserido no curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade “Saúde a Seu Lado”, sob a orientação da Sr.ª Enfermeira, Olívia Serra, mestre e especialista em Enfermagem Comunitária, eu, Sónia Coelho, enfermeira e mestranda, venho por este meio solicitar autorização para divulgar o nome da instituição e realizar o projeto de intervenção: “As pessoas idosas e o suporte social formal, em tempo de pandemia”. na vossa instituição, que será tornado público tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados, Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Com este projeto pretende-se: contribuir para a literacia em saúde para o uso das redes de suporte social formal das pessoas idosas, que frequentavam o centro de dia antes da pandemia

Toda a informação obtida através dos instrumentos de colheita de dados, questionários e escala, será tratada cumprindo os princípios éticos aplicados à investigação, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade dos dados, que serão utilizados somente para este projeto.

Agradeço desde já, a atenção dispensada.

Cordialmente,

Sónia Coelho

Apêndice XIII

Pedido de autorização ao autor da Escala de Satisfação com o Suporte Social

RE: Escala de Satisfação com o Suporte Social



José Luis Pais Ribeiro <jlpr@fpce.up.pt>

14/10/2020 10:24



Para: Sónia Maria Fernandes Coelho

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da Escala de Satisfação com o Suporte Social que estudámos e adaptámos para uso com a população portuguesa. No meu site, na secção "books" encontra o manual da escala que é de acesso livre.

cordialmente

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Publons- <https://publons.com/researcher/1653344/jose-luis-pais-ribeiro/>

De: Sónia Maria Fernandes Coelho [192019079@alunos.lisboa.ucp.pt]

Enviado: quarta-feira, 14 de Outubro de 2020 10:04

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Escala de Satisfação com o Suporte Social

Caro Sr. Professor José Luis Pais Ribeiro,

Sou Sónia Coelho, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

No presente momento, encontro-me a realizar o estágio final do curso e a aplicar a metodologia de planeamento em saúde para responder às necessidades comunitárias de uma determinada área geográfica, no âmbito de um projeto de intervenção comunitária - "O Suporte Social dos Idosos em Tempos de Pandemia", sob a orientação clínica da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária, Olívia Serra e da Professora Doutora Elisa Garcia.

Nesse sentido, o diagnóstico de situação, de uma comunidade sobre a rede social e o suporte social percebido dos idosos que frequentavam os Centros de Dia, antes da pandemia por SARS CoV – 2, que atualmente estão em casa a receber apoio domiciliário, carece da utilização da escala de satisfação com o Suporte Social, que o Sr. Professor validou.

Assim, venho por este meio, solicitar a autorização para o uso dessa escala e a sua disponibilização, e se possível, orientações para a sua aplicação, neste contexto, face à sua experiência.

Grata pela sua atenção a este pedido.

Com os melhores cumprimentos,

Sónia Coelho

Apêndice XIV

Criação da comunidade CRPI – PSA no SClínico

ENFERMEIRO
 SALA
 UTENTE
 FAMÍLIA
 COMUNIDADE

Nome: OLIVIA ELISABETE CARR...
 CRPI-PSA (COMISSÃO DE REFORMADOS, PENSIONISTA)
 Nº de Utente:
 Enfermeiro de Família (Sem Enfermeiro)
 Médico de Família (Sem Médico)

Todos

H. Ag.	H. Termo	P. Processo	Nome	Tipo	C	M	Sala	NP	Prog	Local	Profissional	Agendar
15:00	17:00		Crpi-Psa (Comissão De Reformados, Pensionista)	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centro de Dia	Olivia Elisabete C	<input type="checkbox"/>

N. Beneficiário:
 Ent. Responsável:
 Proveniência:
 Vigilância: SM PF RO DM SJ HTA
 Vigiado
 Não vigiado

ADIDAS
 contacto:
 Profissional:

ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS
 Data:
 Consulta/Contacto:
 Profissional:

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
 Nome: CRPI-PSA (Comissão de Reformados, Pensionistas e Idosos da Póvoa)
 Nº Utente:
 Nº Comunidade: 4011

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO
 Descrição:
 Avaliar aceitação do estado de saúde
 Avaliar adesão à vacinação
 Avaliar auto - vigilância
 Avaliar auto cuidado
 Avaliar auto cuidado - atividade física
 Avaliar auto cuidado: atividade recreativa
 Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar
 Avaliar comportamento de procura de saúde
 Avaliar compromisso no alimentar-se
 Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
 Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia
 Avaliar conhecimento sobre a doença
 Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
 Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
 Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sangui
 Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
 Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
 Avaliar conhecimento sobre envelhecimento feminino
 Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
 Avaliar conhecimento sobre exame
 Avaliar incontinência de stress
 Avaliar o alimentar-se

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO
 Início: 06-01-2020
 Fim: 05-01-2021
 Todos
 Ativos
 Inativos

Focos de Atenção	Diagnósticos	A	Início	Termo
Interação Social	Interação social comprometida	<input checked="" type="checkbox"/>	05-01-2021 16:19	
Bem-estar emocional		<input checked="" type="checkbox"/>	05-01-2021 16:22	

Sem Status Sugerido
 Resp. Início:
 Resp. Termo:

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO
 Todas
 Ativas
 Inativas

Intervenções sugeridas face ao foco/diagnóstico	DA	A	Horário	Início	Termo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Resp. Início:
 Resp. Termo:
 Tratamento Feridas
 Normas

Última Avaliação:

