



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

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

**Empoderamento Comunitário na Otimização da Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65 – Intervenção de Enfermagem Comunitária**

**Community Empowerment in Optimizing Nurse Intervention in the Linha 65 Project – Community Nursing Intervention**

Por

Marisa Duarte Fernandes

Lisboa, 2022



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

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

**Empoderamento Comunitário na Otimização da Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65 – Intervenção de Enfermagem Comunitária**

**Community Empowerment in Optimizing Nurse Intervention in the Linha 65 Project – Community Nursing Intervention**

Por

Marisa Duarte Fernandes

Sob orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Cândida Ferrito

Lisboa, 2022

*“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”*

Mahatma Gandhi

## **Agradecimentos**

Aos meus queridos pais, que me puseram neste mundo e me criaram com todo o amor, que me ensinaram os princípios e valores pelos quais me guio, que são os meus maiores admiradores e que acreditam em mim incondicionalmente. Obrigada, vocês são tudo!

A ti Daniel, meu amor, meu companheiro, meu amigo... por acreditares em mim do primeiro ao último dia, por estares ao meu lado a cada passo, pelo apoio incondicional em todos os momentos

À minha família, por serem um suporte essencial e pela admiração e orgulho que manifestam

Às minhas avós e aos meus avôs, meus anjinhos no céu, que estão sempre presentes, que me guiam e que me amparam em todos os momentos

Às minhas colegas e amigas, Laurina, Patrícia e Antónia, pelo incentivo, pela motivação e pelo exemplo que foram para mim

Aos meus amigos, por continuarem presentes mesmo na minha ausência, pela confiança em mim, pelas palavras de força e pelos abraços aconchegantes

À minha amiga e companheira de viagem, Ana Patrício, por ter partilhado comigo todos os momentos e por ter sido um suporte fundamental

À minha professora orientadora, Prof.<sup>a</sup> Cândida Ferrito, por me mostrar os caminhos, pelas conversas motivadoras, pelo suporte e incentivo e por me ajudar a descomplicar

À minha enfermeira orientadora, pela disponibilidade, pelo encorajamento, pela partilha de conhecimento e pela compreensão em todo o percurso

## Resumo

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, em termos globais o número de pessoas com mais de 65 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor perto dos 34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 65 ou mais anos de idade (Fonseca, 2018).

Os dados epidemiológicos revelam que o envelhecimento populacional tem vindo a aumentar gradualmente ao longo dos anos, mantendo uma tendência crescente. Contudo, o impacto do envelhecimento da população na sociedade vai depender, em parte, da natureza das políticas que vão dar resposta a esta nova realidade.

Viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, a violência e a dependência.

Neste sentido, torna-se fundamental a implementação de políticas sociais e de saúde que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas.

O Projeto Linha 65 tem como população-alvo a pessoa idosa e/ou dependente, num contexto de saúde comunitária. A Unidade de Cuidados na Comunidade, onde foi realizado o Estágio Final no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, enquadra o Projeto numa ação de parceria, com foco nos cuidados de saúde no âmbito da prevenção primária.

No contexto do Estágio Final e Relatório, Unidade Curricular do referido Mestrado, foi desenvolvido um Projeto de Intervenção Comunitária denominado “Empoderamento Comunitário na Otimização da Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65 – Intervenção de Enfermagem Comunitária”, que teve como população alvo os enfermeiros que intervêm no Projeto Linha 65, tanto os da UCC S como os das Unidades de Saúde Familiar e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, tendo como objetivo geral otimizar a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65.

O projeto teve como metodologia a do Planeamento em Saúde segundo o autor António Tavares (1990) e como modelo teórico de referência o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo (2020).

O percurso decorrido ao longo do Estágio Final e do presente Relatório possibilitou a aquisição de competências, nomeadamente as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e as Competências de Mestre, objetivo central para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

## **Abstract**

According to estimates by the World Health Organization, in global terms the number of people over 65 years old could reach 22% in 2050 and reach a value close to 34% in Europe, which will then mean that one in three Europeans will have 65 years of age or older (Fonseca, 2018).

Epidemiological data reveal that population aging has been increasing gradually over the years, maintaining an increasing trend. However, the impact of population aging on society will depend, in part, on the nature of the policies that will respond to this new reality.

Living longer also means being more exposed to risks, such as vulnerability of health status, social isolation and loneliness, violence and dependence.

In this sense, it is essential to implement social and health policies that improve the quality of life of the elderly.

The Linha 65 Project has the elderly and/or dependent people as its target population, in a context of community health. The Community Care Unit, where the Final Internship was carried out within the scope of the Master's in Community Health and Public Health Nursing, fits the Project in a partnership action, focusing on health care within the scope of primary prevention.

In the context of the Final Internship and Report, Curricular Unit of the aforementioned Master's, a Community Intervention Project called "Community Empowerment in Optimizing Nurse Intervention in the Line 65 Project - Community Nursing Intervention" was developed, which had as its target population the nurses who intervene in the Linha 65 Project, both those from UCC S and those of the Family Health Units and the Personalized Health Care Units, with the general objective of optimizing the intervention of nurses in the Linha 65 Project.

The project used the Health Planning methodology according to the author António Tavares (1990) and as a theoretical reference model the Assessment, Intervention and Community Empowerment Model by Pedro Melo (2020).

The course taken during the Final Stage and this Report made it possible to acquire skills, namely the Common Skills of the Specialist Nurse, the Specific Skills of the Specialist Nurse in Community Health and Public Health Nursing and the Master's Skills, a central objective for obtaining a Master's degree in Nursing, with a specialization in Community Nursing: Area of Community Health and Public Health Nursing.

## **Lista de Siglas**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde  
**AIVD** – Atividades Instrumentais da Vida Diária  
**APA** – American Psychological Association  
**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima  
**ARS** – Administração Regional de Saúde  
**ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
**AVD** – Atividade(s) de Vida Diária  
**CEPCEP** – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa  
**CIPE**- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem  
**COVID – 19** – Corona Virus Disease 2019  
**D** - Diagnóstico  
**DGS** – Direção Geral de Saúde  
**EBE** – Enfermagem Baseada na Evidência  
**EC**- Empoderamento Comunitário  
**EEECSP** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública  
**ENEAS** – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável  
**EPVA** – Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos  
**GNR** – Guarda Nacional Republicana  
**ICN** – International Council of Nurses  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social  
**MAIEC** - Modelo Avaliação e Intervenção Empoderamento Comunitário  
**NOC** – Normas de Orientação Clínica  
**OE** – Ordem dos Enfermeiros  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PBE** – Prática Baseada na Evidência  
**PLS** – Plano Local de Saúde  
**PS** – Planeamento em Saúde  
**PSP** – Polícia de Segurança Pública  
**UC** – Unidade Curricular  
**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade  
**UCP**- Universidade Católica Portuguesa  
**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
**UF** – Unidade(s) Funcional(ais)  
**USF** – Unidade de Saúde Familiar  
**VD** – Visita(s) Domiciliária(s)

**WHO-** World Health Organization

## Índice

1. Introdução .....	12
2. Enquadramento do Local de Estágio e da População- Alvo .....	15
2.1 Projeto Linha 65 .....	17
3. Enquadramento Teórico .....	19
3.1- Pessoas Idosas.....	19
3.2- Problemas e Riscos das Pessoas Idosas .....	20
3.2-1. Isolamento Social e Solidão .....	21
3.2-2. Violência.....	23
3.2-3. Vulnerabilidade .....	26
3.2-4. Situação de Dependência.....	28
3.3- Prática Baseada na Evidência.....	30
3.3.1. Guia Orientador de Boa Prática - Conceito .....	32
4. Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário - MAIEC .....	33
5. Metodologia do Planeamento em Saúde .....	36
5.1- Diagnóstico de Situação .....	36
5.2- Diagnósticos de Enfermagem – CIPE e MAIEC .....	41
5.3- Definição de Prioridades.....	44
5.4- Fixação dos Objetivos.....	45
5.5- Seleção de Estratégias .....	48
5.6- Preparação da Execução .....	49
5.6.1. Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 .....	51
5.7- Aspetos Éticos .....	53
5.8- Avaliação.....	54
6. Desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e das Competências de Mestre .....	58
7. Conclusão.....	61

Referências Bibliográficas .....	63
<b>Apêndices</b> .....	73
<b>Apêndice I</b> – Cronograma de Atividades .....	74
<b>Apêndice II</b> – Guia Orientador de Boa Prática Linha 65.....	76
<b>Apêndice III</b> – Guião da Entrevista .....	189
<b>Apêndice IV</b> – Grelha de Análise de conteúdo das Entrevistas.....	191
<b>Apêndice V</b> – Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65.....	196
<b>Apêndice VI</b> – Formulário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática.....	209
<b>Apêndice VII</b> – Gráficos de Avaliação da Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática .....	211
<b>Apêndice VIII</b> – Formulário de Referenciação.....	213
<b>Apêndice IX</b> – Fluxograma de Articulação .....	215
<b>Apêndice X</b> – Póster - <i>Impacto da pandemia (COVID-19) nas crianças e nos adolescentes</i> .....	217
<b>Anexos</b> .....	219
<b>Anexo I</b> – Desenho do Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990) - adaptado de Imperatori e Giraldes,1993 .....	220

## Índice de Gráficos, Figuras e Quadros

### Gráficos:

<b>Gráfico 1</b> – População Residente em Portugal: dos 0 aos 14 anos e acima dos 65 anos, de 2015 a 2020.....	19
--	----

### Figuras:

<b>Figura 1</b> – Matriz de decisão clínica do MAIEC .....	34
--	----

### Quadros:

<b>Quadro 1</b> – Necessidades e Problemas de Saúde, Diagnósticos de Enfermagem – CIPE e MAIEC.....	42
---	----

<b>Quadro 2</b> - Determinação de prioridades segundo a Grelha de Análise para determinação de prioridades de Pineault e Daveluy (Tavares,1990) .....	44
---	----

<b>Quadro 3</b> - Objetivos específicos, objetivos operacionais, atividades planeadas e indicadores de avaliação.....	53
---	----

<b>Quadro 4</b> – Avaliação com base nos Indicadores de Atividade .....	55
---	----

## 1. Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no 3º Semestre do 14º 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 (UCP) de Lisboa.

Este relatório tem como principal objetivo apresentar o processo de aprendizagem decorrido ao longo dos períodos de Estágio e de elaboração deste documento.

Deste modo pretende-se fornecer um relato global da prática clínica durante o Estágio e fornecer a informação que foi necessária à tomada de decisão e ao saber em enfermagem, à medida que se reúnem, analisam e interpretam os dados referentes às atividades desenvolvidas no alcance das competências de enfermeira e mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP).

Com vista ao desenvolvimento de competências especializadas na respetiva área de especialização, o Estágio Final decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) integrado na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no espaço temporal, entre 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021, sob a orientação clínica de uma Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e sob orientação pedagógica da Sra. Professora Doutora Cândida Ferrito. Por forma a manter o anonimato da instituição, a pedido da coordenação da mesma, será designada por UCC S. Do mesmo modo será mantido o anonimato dos intervenientes no projeto de intervenção comunitária.

Foi realizado um projeto de intervenção comunitária, designado por *“Empoderamento Comunitário na Otimização da Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65 – Intervenção de Enfermagem Comunitária”*, que surgiu na sequência de uma necessidade sentida, pela equipa de enfermagem da UCC S, e do nosso interesse sobre a temática do Projeto Linha 65, direcionado à população das pessoas idosas.

A sua finalidade foi contribuir para potenciar a tomada de decisão clínica dos enfermeiros intervenientes no Projeto Linha 65, tanto os da UCC S como os enfermeiros das USF e das UCSP do ACES, de modo a otimizar a sua intervenção de enfermagem junto da população das pessoas idosas, no âmbito do referido Projeto. Ao longo do documento, o grupo enfermeiros das USF e das UCSP serão designados como enfermeiros das Unidades Funcionais (UF), apesar de serem conhecidas outras UF do

ACES, como por exemplo a Unidade de Saúde Pública, mas que não foram envolvidas no projeto e, portanto, estão excluídas da designação.

O presente documento retrata todo o percurso (Imagem do percurso em Cronograma de Atividades – Apêndice I), estudo e trabalho desenvolvido ao longo da realização do estágio e do projeto, que teve por base a Metodologia de Planeamento em Saúde de António Tavares (1990), e suporte como referencial teórico o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) de Pedro Melo (2020).

O Empoderamento Comunitário, traduzido para a língua portuguesa da palavra “*Empowerment*”, é designado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) como um processo contínuo, no qual os indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, autoestima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, com a segurança de que as suas ações são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais amplamente, ganharem o controlo. Pode, ainda, ser definido como um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais estão aptos para expressar as suas necessidades, expor as suas preocupações, projetar estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão e executar ações políticas, sociais e culturais para responder a essas necessidades (OMS, 2001).

Por sua vez, segundo Melo (2018) “*o empoderamento comunitário (EC) é um conceito estudado desde 1980 e tem sido enquadrado por diversos autores, quer como processo quer como resultado*” (p.82). Refere-se à “*delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas*” (Melo, 2020, p37).

A enfermagem comunitária é um domínio especializado da profissão de enfermagem e tem descrita como uma das suas competências centrais a capacitação de comunidades (OE, 2018), cuja definição se enquadra no conceito de EC (Melo, Silva e Figueiredo, 2018).

A abordagem avançada da enfermagem pelo EEESCSP, deveria enquadrar uma tomada de decisão enraizada nas competências específicas desta área de especialidade, portanto, uma tomada de decisão orientada para a comunidade como unidade de cuidados.

Este relatório encontra-se organizado em 5 capítulos principais, aos quais se acrescentam a presente Introdução como primeiro capítulo e, no final, a Conclusão como sétimo capítulo, Referências Bibliográficas, e uma secção extra, correspondendo aos Apêndices e Anexos considerados relevantes para a compreensão e apreciação do trabalho desenvolvido.

O segundo capítulo corresponde ao Enquadramento do Local de Estágio e da População- Alvo, tendo como subcapítulo o enquadramento do projeto alvo de intervenção- Projeto Linha 65.

No terceiro capítulo é feito o Enquadramento Teórico, que engloba a Caracterização da População Pessoas Idosas e os Problemas e Riscos das Pessoas Idosas, nomeadamente o Isolamento Social e Solidão, a Violência, a Vulnerabilidade e a Situação de Dependência, a Prática Baseada na Evidência e o Guia Orientador de Boa Prática.

No quarto capítulo enquadra-se o referencial teórico que suportou o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário – MAIEC.

No quinto, descrevem-se todas as etapas realizadas do Planeamento em Saúde, necessárias à implementação do projeto de intervenção comunitária, designadamente Diagnóstico de Situação, Diagnósticos de Enfermagem CIPE e MAIEC, Definição de Prioridades, Fixação de Objetivos, Seleção de Estratégias, Preparação da Execução, Aspetos Éticos e Avaliação.

Por último, no sexto capítulo é feita a explanação sobre o Desenvolvimento das Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e das Competências de Mestre.

Este relatório segue as regras de apresentação do Relatório do guia da UC “Estágio Final e Relatório, da UCP (2020) e as citações e referências bibliográficas estão de acordo com as normas APA (American Psychological Association), 6ª Edição.

## 2. Enquadramento do Local de Estágio e da População- Alvo

A UCC onde decorreu o estágio é uma das unidades funcionais que integra um ACES da ARSLVT.

A sua área de intervenção é relativa ao Concelho onde se encontra inserida, que abrange uma área de 95,50km<sup>2</sup>, integra 4 Freguesias e de acordo com o Censos 2011, residiam, à data, no Concelho 158.269 habitantes, (Plano Local de Saúde (PLS) AS, 2013-2016), enquanto em 2020 a população estimada correspondia a 168.154 habitantes (PORDATA, 2021). Caracteriza-se por ser um dos 8 concelhos mais populosos de Portugal e tem inscritos nas diferentes Unidades Funcionais do ACES, 358.417 utentes (SNS, 2021).

A população desta área caracteriza-se por ser tendencialmente envelhecida, sendo que o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar anualmente, em oposição à diminuição gradual da taxa de natalidade. Serão apresentados dados específicos sobre este grupo populacional no capítulo seguinte deste documento.

Esta UCC é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento de proximidade. Pretende contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo de um modo direto para o cumprimento da missão do ACES a que pertence. É dotada de autonomia organizativa e técnica e integrada numa lógica de rede com as outras unidades funcionais do ACES e hospital de referência, sem prejuízo da necessária articulação interinstitucional e intersectorial, indispensável à concretização da sua missão (artigo 2º do Despacho nº10143/2009, de 16 de Abril citado por Relatório de Atividades – UCC S, 2019).

Como plano de intervenção, tem em curso os seguintes Programas: *Saúde Escolar; Preparação para a Parentalidade; Recuperação pós parto; Cuidados Continuados Integrados e Paliativos; Intervenção Comunitária com recurso a Unidade Móvel; Formar para Cuidar; Projeto Intervenção Integrada na Área da Criança/Jovem com necessidades especiais; Saúde Mental na Infância e adolescência; Intervenção Precoce; Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco; COSMIC consulta de saúde mental; em parceria o **Projeto Linha 65**; NPISA- Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem-Abrigo; Rede Social; Diabetes em Movimento; Núcleo Local de Inserção* (Relatório de Atividades – UCC S, 2019).

Iniciou a sua atividade em Outubro de 2010 e a sua coordenação está a cargo de uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária. A restante equipa é composta por 4 Enfermeiras de Cuidados Gerais, 2 Enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, 1 Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, 3 Enfermeiros especialistas em Saúde Comunitária (incluindo a coordenadora), 1 Enfermeira com 2 especialidades, em Saúde Infantil e Pediátrica e em Saúde Comunitária simultaneamente e 2 Enfermeiros especialistas em Saúde Mental, 1 Assistente Técnica e 1 Assistente Operacional. Colaboram com a UCC profissionais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados da área, especificamente 3 Técnicas Superiores de Serviço Social em tempo parcial, 1 Fisioterapeuta a tempo integral e 1 Nutricionista em tempo parcial (Relatório de Atividades - UCC S, 2019).

Nesta UCC, contabiliza-se um total de 14 profissionais, que constituíram a população-alvo do projeto, em conjunto com os restantes enfermeiros intervenientes no Projeto Linha 65, das outras Unidades Funcionais. Embora nem todos os enfermeiros participem ativamente neste projeto, sendo uma equipa, é essencial que todos conheçam e se atualizem sobre todos os projetos em desenvolvimento na UF onde desempenham as suas funções profissionais.

Apesar de serem especializados em diferentes áreas, os enfermeiros desta unidade constituem um grupo profissional com características semelhantes, homogéneo e cuja formação base é comum e regulamentada por um estatuto único. Trabalham em equipa, com um objetivo comum.

Segundo Melo (2020), *“a comunidade é definida como um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem. Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. É também um sistema relacional aberto (...)”* (p.50). Neste sentido, consideram-se como comunidades o conjunto de enfermeiros da UCC S e o conjunto de enfermeiros das UF pertencentes ao ACES, que intervêm no Projeto Linha 65 em articulação com a UCC S. Assim, a população-alvo do projeto de intervenção a ser apresentado são todos os enfermeiros intervenientes no Projeto Linha 65.

Mais especificamente, o autor define *Comunidade ACES* como *“uma estrutura ou conjunto de estruturas de saúde de cuidados primários, constituídas por diferentes unidades funcionais, com o objetivo de prestar à população cuidados primários de saúde em todos os níveis de prevenção e ao longo do ciclo de vida (...)”* (Melo, 2020, p.51).

Neste sentido, todos os referidos enfermeiros (da UCC S e das UF) constituem uma Comunidade ACES, população-alvo de intervenção neste projeto, como já referido anteriormente, por intervirem, mesmo que diferentes formas, no Projeto Linha 65. Assim, este projeto de intervenção teve como objetivo principal otimizar a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, com base no Modelo Teórico do autor Pedro Melo – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (2020).

### **2.1. - Projeto Linha 65**

O Projeto Linha 65 tem como população-alvo a pessoa idosa e/ou dependente, num contexto de saúde comunitária. A UCC S enquadra o Projeto numa ação de parceria, com foco nos cuidados de saúde no âmbito da prevenção primária.

Caracteriza-se por prestar apoio a pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) e/ou em situação de dependência ou de isolamento, para sinalização e denúncia de situações de violência e outras situações de risco. É uma linha concelhia de apoio à terceira idade e a pessoas dependentes, que está disponível gratuitamente, 24h/dia, através de um número telefónico e é promovido por uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que designaremos por CT (UCC S, 2021).

A sua visão é responder às necessidades de uma população idosa como sendo um grupo heterogéneo, com problemas específicos e a necessitar de uma abordagem qualificada e distinta do atual modelo vigente, evitar gastos elevados com a saúde e prevenir a exclusão social dos idosos pelo perigo elevado que isso acarreta. Como missão, defende criar mais opções que possam dar resposta às necessidades dos idosos e de outras pessoas dependentes (Linha 65, 2020).

Os seus principais objetivos são: Proporcionar uma via de denúncia rápida e efetiva de maus tratos físicos e psicológicos para pessoas idosas e dependentes ao mesmo tempo que se dá uma resposta a essa problemática; e Estabelecer um programa de apoio e de inclusão social a pessoas idosas e dependentes (Linha 65, 2020).

Este projeto surgiu do sonho de uma pessoa com paixão pela ajuda ao próximo e com a noção das necessidades de que a população idosa carece. O fundador e coordenador do Projeto não sabe precisar a data em que ele nasceu, mas informou, numa reunião formal realizada a 17 de outubro de 2021, que surgiu no âmbito de uma candidatura à Câmara Municipal do Seixal para Projetos Inovadores no Concelho. Inicialmente, o foco era sinalizar situações de violência na população idosa e após o conhecimento das situações, as visitas eram realizadas semanalmente. Contudo,

perante a identificação das várias necessidades da população abrangida, o Projeto foi crescendo e passaram a ser sinalizadas outras situações de risco para este grupo.

Perante a pandemia por COVID - 19 e tendo em conta o aumento das necessidades, particularmente da população idosa, as visitas passaram a ocorrer diariamente, graças a um grupo de pessoas com sentido humanitário. O intuito foi combater, em particular, a situação de isolamento social, agravada pelo contexto da pandemia. Por outro lado, foi dado apoio ao suprimento das necessidades de alimentação, compras e outras intervenções prioritárias e foi ainda criada uma linha de apoio psicológico, que teve enorme adesão. Para além disso, é perentória a atribuição do complemento social para idosos a todas aqueles que são seguidos pelo Projeto.

O Projeto é financiado pelos parceiros e é oferecido apoio social por parte de 14 instituições de apoio a idosos. Conta ainda com a colaboração de diversos parceiros da comunidade, como por exemplo a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), o Instituto da Segurança Social I.P, bem como de outras IPSS que não nomeamos para manter o seu anonimato.

Quanto à intervenção, pressupõe-se o acompanhamento das situações sinalizadas, por via das visitas domiciliárias (VD), articulando com a equipa de saúde (UCC S), para avaliação da situação e consequentes encaminhamentos necessários. A equipa deste projeto intervém para que o envelhecimento desta população seja feito de uma forma saudável e com dignidade, numa perspetiva de combate ao isolamento e violência a que a população está sujeita (Linha 65, 2020). Segundo o coordenador as VD deveriam ser, preferencialmente, com a participação da CT, na pessoa da Assistente Social, do setor da Saúde, representados pela UCC S, e da PSP, o que infelizmente, por falta de recursos, nem sempre acontece.

O foco das sinalizações são: perda/ausência de autonomia, doença mental, conflitos familiares, violência/maus tratos/negligência, isolamento social, ausência/insuficiência económica e/ou condições habitacionais precárias (Linha 65, 2020). As denúncias/sinalizações podem ser feitas por qualquer pessoa ou entidades, sendo os casos analisados pela Equipa de Coordenação e posteriormente encaminhadas para as equipas de intervenção no terreno que atuam nas várias zonas do Concelho S (UCC S em <https://sites.google.com/site/██████████carteira-de-serviços/linha-65>).

Os encaminhamentos das situações sinalizadas são, habitualmente, realizados para os serviços de saúde, prestações sociais, respostas sociais como Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia ou Estrutura Residencial para Idosos, serviços da Câmara Municipal do Seixal e/ou Ministério Público (Linha 65, 2020).

### 3. Enquadramento Teórico

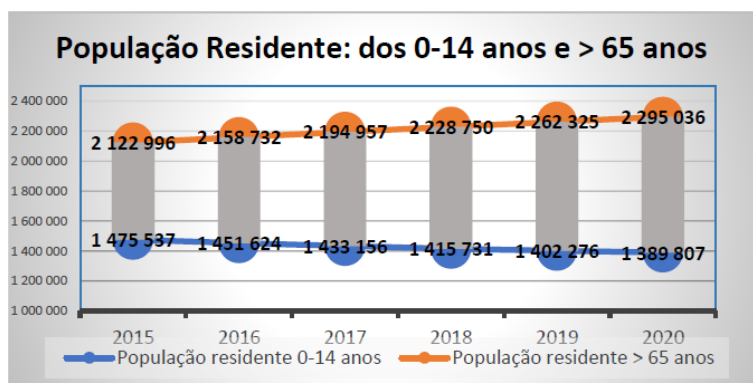
O enquadramento teórico do fenómeno em estudo integra um conjunto de conceitos fundamentais para compreender a problemática e que merecem ser aprofundados.

#### 3.1. Pessoas Idosas

Em Portugal, a pessoa idosa ou idoso é aquela com 65 anos ou mais de idade, enquanto segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (INE- Instituto Nacional de Estatística, 2005; WHO- World Health Organization, 2002).

De entre os 28 países da União Europeia, Portugal é o 4º com maior percentagem de pessoas idosas. No ano de 2015, a população residente em Portugal era de 10 358 076 habitantes, sendo que 20,5% correspondia a pessoas com 65 ou mais anos, enquanto 14,2% tinha idade inferior a 15 anos (DGS, 2017). Por sua vez, em 2020, a população residente no país era de 10 297 100 habitantes, um número inferior ao verificado em 2015, no qual se insere a população idosa com uma percentagem de 22,3%, e as crianças com idade inferior a 15 anos numa percentagem de 13,5%. Verifica-se uma tendência inversamente proporcional, com o aumento do processo de envelhecimento da população e a diminuição das crianças. O **Gráfico 1** demonstra o contínuo processo de envelhecimento da população residente em Portugal.

**Gráfico 1 – População Residente em Portugal: dos 0 aos 14 anos e acima dos 65 anos, de 2015 a 2020**



Fonte: INE, 2021

O envelhecimento caracteriza-se por um processo natural do ciclo de vida que, sendo inevitável, deverá ser vivido como uma oportunidade de manter a saúde e a

autonomia pelo maior tempo possível. Isto implica que exista uma ação no sentido da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e, especificamente, da formação dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção social. A adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares e o ajuste do ambiente às fragilidades que acompanham o avançar da idade são medidas fundamentais a adotar (DGS – Direção Geral de Saúde, 2006).

O envelhecimento ao longo da vida deverá ser encarado numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, constituindo um desafio à responsabilidade individual e coletiva (DGS, 2006). Devem ser considerados os diversos fatores que são determinantes no processo de envelhecimento, nomeadamente; fatores ambientais e pessoais, determinantes económicos, sociais e culturais, ambiente físico, sistema de saúde, sexo, bem como o impacto da família, da comunidade e da sociedade, que têm forte influência na forma como se envelhece. Isto demonstra que a promoção do envelhecimento ativo não se limita à promoção de comportamentos saudáveis, independentemente das condições de saúde (DGS, 2017).

### **3.2. Problemas e Riscos das Pessoas Idosas**

Na sociedade atual, a pessoa idosa é comumente desvalorizada e discriminada, considerada inúmeras vezes como inútil e incapaz, chegando mesmo a ser vista como um “fardo” para a comunidade. Na nossa cultura, há alguns anos atrás, as pessoas idosas eram consideradas como sábias, os “chefes” de família, conselheiros, respeitados e admirados por todos em seu redor. Hoje em dia, a alteração dos valores sociais, levou à mudança dessa visão. Também a mudança de papéis, que ocorre nesta fase da vida, está muitas vezes na origem da sua desvalorização.

As características inerentes ao envelhecimento tornam a pessoa aparentemente frágil, para além das reais fragilidades que acontecem ao longo desse processo. Isto, coloca-as em determinados riscos ou leva-as mesmo ao desenvolvimento de problemas evitáveis. Neste sentido, torna-se fundamental para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, o conhecimento desses riscos para que, atuando na comunidade, possa intervir com o intuito da prevenção.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária centrada em grupos, permite-lhe o envolvimento e/ou desenvolvimento em/de programas e projetos de intervenção com foco nesses mesmos grupos, neste caso em particular, no grupo das pessoas idosas. Para além de lhe ser permitido, é uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na

área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, implícito no Regulamento próprio, que refere que este “*Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde*” (OE – Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19354).

Importa, portanto, que o enfermeiro detenha conhecimentos sobre os riscos e problemas da pessoa idosa, para que a sua atuação no âmbito do Projeto Linha 65 seja a mais adequada possível. Identificaram-se os riscos mais prevalentes através da consulta da Base de Dados Linha 65, onde se teve como base o motivo de sinalização referenciado. Destacaram-se, então: o **Isolamento Social e a Solidão**, a **Violência**, a **Vulnerabilidade** e a **Situação de Dependência**.

### 3.2.1. Isolamento Social e Solidão

Com o aumento significativo da esperança média de vida no último século, espera-se igualmente um aumento no número de pessoas que alcance e viva até a velhice (Beridze *et al*, 2020). Contudo, viver mais tempo não significa viver melhor pois existem alterações de dinâmica pessoal e de grupo, de trabalho, novos conceitos de família e habitação, um crescente culto de individualismo e alterações nos valores tradicionais que influenciam de forma desigual e contraditória a qualidade de vida das pessoas (Bezerra *et al*, 2020).

O processo de transição para a velhice é um momento de mudança incluindo, por exemplo, reforma, perda de papéis de género, diminuição do contacto social ou sofrimento emocional devido à perda de familiares e amigos. Todos estes fatores ameaçam os componentes estruturais e funcionais das redes sociais das pessoas idosas, colocando-os em risco de solidão e isolamento social (Beridze *et al*, 2020).

O isolamento social tem-se destacado como um problema de saúde pública que se define como “*um estado no qual indivíduos experimentam cada vez menos envolvimento social do que gostariam com outras pessoas (...) Refere-se à objetiva separação de outros indivíduos, ocasionando ausência ou poucas interações sociais no dia a dia*” (Bezerra *et al*, 2020, p.2). De acordo com os mesmos autores “*a sua rede social é reduzida e conta com insuficiência de apoio social – emocional, informativo e instrumental*” (Bezerra *et al*, 2020, p.6).

Segundo o SNS (SNS1, 2021), o isolamento social caracteriza-se pela falta de contacto social, associado a fatores como a ausência de contacto social ou familiar, de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e/ou a ausência ou dificuldade no acesso a serviços considerados como essenciais. A vivência do isolamento social

pode ocorrer concomitantemente com a sensação subjetiva de solidão ou pode ser geradora da mesma (Bezerra *et al*, 2020)

A solidão é um dos principais determinantes de saúde nos países desenvolvidos (Gené-Badia, 2019) e constitui um significativo problema de saúde pública na nossa sociedade em envelhecimento (Luchetti, 2020). Define-se como um sentimento subjetivo e relaciona-se com ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de se estar isolado. O sentimento de solidão constitui um problema de enorme relevância, já que pode interferir com a qualidade de vida das pessoas (SNS, 2021). Portanto, uma pessoa pode sentir-se sozinha sem estar propriamente isolada socialmente uma vez que, o sentimento de solidão pode ser a resposta ao colapso de algum tipo apego pessoal e é caracterizado por intensos sentimentos de vazio, abandono e desamparo (Cohen- Mansfield e Eisner, 2020).

Apesar de distintos, verifica-se a existência de uma relação entre os conceitos de isolamento social (relacionado com a frequência de interações sociais) e solidão (a qualidade subjetiva da interação social), onde ambos se associam à morbidade e à mortalidade acrescida (Philip *et al*, 2020).

São conhecidos diversos fatores de risco para o isolamento social e/ou solidão, que se destacam por: situações de pobreza ou dificuldades financeiras que impossibilitem a realização de atividades de convívio ou lazer; a dificuldade de integração social aquando a institucionalização; o agravamento do estado de saúde pelas dificuldades na mobilidade e acessibilidade; as condições habitacionais pela sua organização e existência de barreiras à mobilidade; a ausência do cônjuge, amigos ou colegas sendo que as pessoas que não têm filhos, se reformam, ficam viúvas, perdem outros familiares ou amigos próximos estão em maior risco; a ocorrência de episódios súbitos negativos, como por exemplo a morte do cônjuge; situações de violência, onde as pessoas que sofrem maus tratos têm um risco acrescido; existência de doença mental como a depressão; posição de cuidador informal pela potencial sobrecarga do cuidador (SNS, 2021; Beridze *et al*, 2020; Cohen- Mansfield e Eisner, 2020); Gené-Badia *et al*, 2019). De acordo com Luchetti *et al* (2020), sentimentos de solidão estão associados a um estado de saúde mais debilitado e a uma função cognitiva deficiente, com risco de desenvolver a doença de Alzheimer e a demência em particular.

A maioria dos estudos tem-se centrado nas consequências ao nível da saúde mental, com evidência (para além dos referidos relativamente às demências) de maiores níveis de stress e casos de depressão. Contudo, tem havido um interesse crescente no estudo dos efeitos destes problemas sobre a saúde física. A evidência demonstra que ambos, têm sido associados, por exemplo à inflamação sistémica, disfunção autonómica, desregulação neuroendócrina, aumento crónico da carga alostática (Philip

*et al*, 2020; Schrempft *et al*, 2019), acidente vascular cerebral, doença cardíaca coronária (Philip *et al*, 2020) e controlo da tensão arterial (Schrempft *et al*, 2019).

Um estudo liderado por investigadores do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, em parceria com a ARS do Norte com o objetivo de avaliar o impacto da solidão em idosos seguidos em centro de saúde, revelou que cerca de 91% dos idosos, ou seja, 9 em cada 10, referiram sentir algum grau de solidão, sendo que um terço reporta mesmo níveis graves. Teve uma amostra de 150 pessoas, com 65 anos ou mais, de uma zona urbana do Norte de Portugal, a quem foram realizadas entrevistas (SNS, 2019). Concluiu-se que a solidão nesta população, leva a um aumento do recurso aos serviços de saúde, pela somatização do seu sofrimento, aumentando o risco de serem poli e sobremedicados (SNS, 2019).

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como problemas da sociedade atual e, por conseguinte, desenvolveram estratégias e práticas de combate aos mesmos, colocando grande enfoque no papel dos cuidados de saúde primários na prevenção deste fenómeno (CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012; WHO, 2014). A literatura estudada revela que o isolamento social é potencialmente evitável e que existem intervenções capazes de preveni-lo, como os programas desenvolvidos na comunidade (Bezerra *et al*, 2020).

O enfermeiro que atua ao nível dos cuidados de saúde primários tem uma posição privilegiada para a avaliação de situações de risco, desempenhando um papel fulcral na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família e da respetiva comunidade na prevenção do isolamento social nos idosos (OE, 2010).

### **3.2.2. Violência**

O fenómeno do envelhecimento populacional a nível mundial coloca desafios à sociedade, como no caso da prevenção da violação de direitos humanos e liberdades das pessoas idosas e da eliminação de todas as formas de abuso (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020).

A violência na população idosa é um problema que existe há décadas e tem aumentado à medida que aumenta o número de pessoas com 60 anos ou mais (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020). Este problema é cada vez mais evidente na sociedade, constituindo um problema de saúde pública (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020; Santos *et al*, 2020; Santos *et al*, 2019; Silva *et al*, 2018; Silva e Dias, 2016), complexo e multidimensional (Santos *et al*, 2020; Gil *et al*, 2015), mas evitável e de responsabilidade da esfera social e da justiça (Silva *et al*, 2018).

As mudanças observadas ao nível dos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto dos mais velhos nas sociedades atuais possuem relação com o problema da violência nesta população. Onde antes, os idosos, gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder e eram possuidores de uma particular forma de conhecimento – a sabedoria ou o conhecimento adquirido por toda uma experiência de vida (APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010), hoje os idosos são associados aos estigmas da incapacidade funcional e social do indivíduo, reduzindo-os, muitas vezes, a um fardo para os seus responsáveis (Oliveira *et al*, 2013).

A violência define-se como a utilização da força física ou poder, contra si, outros indivíduos, grupos ou comunidades que possa causar sofrimento, morte, dano psicológico, défice no desenvolvimento ou carência, de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono ou autonegligência (OMS, 2002).

Segundo a OMS e de acordo com a sua “Declaração de Toronto para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas”, entende-se por “Violência Contra as Pessoas Idosas”: *a ação única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança* (OMS, 2002). É ainda definida em sete tipos, nomeadamente Violência Física, Violência Psicológica, Violência Sexual, Violência Financeira ou Económica, Abandono, Negligência e Autonegligência (WHO, 2008). Contudo, a APAV divide a violência em seis tipos, excluindo a Autonegligência, que não é considerada por ser provocada pelo próprio (APAV, 2020).

Embora a violência contra pessoas idosas possa ser classificada em vários tipos, frequentemente estão presentes dois ou mais tipos de violência no mesmo contexto, já que uma pessoa idosa é normalmente vítima de uma combinação de tipos de violência e não apenas de um (APAV, 2020).

No que concerne aos fatores de risco associados à violência contra os idosos, Santos *et al* (2020), identificou-os como: idade, sexo, estado civil, nível de educação, rendimento, estrutura familiar, relação familiar, suporte social, solidão, transtorno mental, depressão e dependência para as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Para além disso, o isolamento social, problema já abordado, aumenta a suscetibilidade à violência (Santos *et al*, 2020; Silva *et al*, 2018).

De acordo com vários autores, a prevalência de violência física é superior nas mulheres (9,5%), relativamente aos homens (3,4%), bem como os idosos com maior grau de dependência se encontram mais suscetíveis a esse tipo de violência (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020; Silva *et al*, 2018). Dados da OMS revelam que a prevalência global de violência física em idosos é de 2,6% (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020). Em 2020, em Portugal, foram identificados 1629 casos de violência contra idosos, o que perfaz uma média de 31 casos por semana e de 4 por dia (APAV, 2020).

A média de idade das vítimas em geral é de 76 anos e os resultados de um estudo organizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, onde outras entidades incluindo a APAV participaram, indicam ainda que, a partir dos 76 anos, o risco de ser vítima de violência aumenta 10% por cada ano de idade (APAV, 2020).

Quanto ao grau de escolaridade, a incidência é maior em pessoas com um grau de ensino do 1º ciclo, em 8,2% dos casos e em menor número em pessoas com formação em ensino superior, em 4,1% das situações. Relativamente à relação interpessoal do autor do crime com a vítima, em 33,8% dos casos é o seu pai e/ou mãe, e em 22,7% das situações é o cônjuge. Diversos estudos apontam para a prevalência de violência provocada pela sua família nuclear e na maioria dos casos acontece de forma continuada e na residência comum da vítima e do agressor (APAV, 2020).

A violência contra os idosos é uma questão atual e de relevante demanda que tem acompanhado o crescimento dessa população, conduzindo a consequências negativas, físicas, do foro da saúde mental e da integração social (Silva e Dias, 2016).

De entre as consequências físicas, os autores destacam a possibilidade de surgimento de doenças psicossomáticas, diminuição gradual de suas defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição (Silva e Dias, 2016), lesões e traumas físicos, desde pequenos arranhões e contusões a ossos fraturados e lesões na cabeça, que podem levar a incapacitação permanente ou até a morte (WHO, 2014).

Por sua vez, as consequências ao nível da saúde mental podem resultar numa diminuição da autoestima, num decréscimo da confiança e numa maior debilidade da vítima, podendo ainda gerar dificuldades em tomar decisões e o sentimento de inferior dignidade individual (Silva *et al*, 2018). O medo, a tristeza e a vergonha ou humilhação constituem os sentimentos mais salientados pelas vítimas, seguidos da raiva, da solidão e da revolta (APAV, 2020; Gil *et al*, 2015). Ademais, estas vítimas possuem um maior risco de depressão, isolamento, perda de autonomia e mortalidade (APAV, 2020).

A violência nos idosos tem consequências não só para as próprias vítimas, como já foi descrito, mas também para a sua rede de suporte social onde se inserem aqueles que lhe são queridos, como para os diversos setores da sociedade particularmente nos da saúde, dos serviços sociais e da justiça (APAV, 2020).

Este problema de saúde pública é um fenómeno de difícil diagnóstico, porque os sentimentos de culpa e de vergonha do idoso agredido juntam-se ao medo de represália por parte dos agressores, o que leva ao seu silêncio e a que a denúncia constitua ainda um tabu para muitos (Santos *et al*, 2019; Gil *et al*, 2015).

Apesar da existência de leis que garantem a defesa da dignidade e do bem-estar das pessoas idosas, este problema continua a fazer parte de uma realidade atual sendo essencial o desenvolvimento de estratégias para minimizá-lo. No âmbito da saúde

comunitária e da saúde pública, o enfermeiro possui um papel determinante na divulgação e discussão da violência nas pessoas idosas. A sua proximidade à população possibilita uma oportunidade de identificação de situações de violência, onde a utilização de estratégias de reconhecimento com a utilização de uma escuta ativa e qualificada, avaliação física e do humor e até mesmo de instrumentos validados de avaliação deste problema seja uma prática comum e com impacto benéfico (Silva *et al*, 2018).

É ainda fundamental o desenvolvimento de uma cultura que entenda o processo de envelhecimento como uma etapa normal, inevitável, irreversível e transversal da existência humana, no qual as pessoas idosas possam viver com dignidade, respeito e oportunidades de participação na sociedade e, principalmente, sem sofrerem por violência (Silva *et al*, 2018).

### **3.2.3. Vulnerabilidade**

O envelhecimento envolve um aumento do risco para a ocorrência de vulnerabilidade, visto que a senescência é um processo transmeado por graduais mudanças, as quais envolvem um conjunto de fatores individuais e coletivos, que exercem influência nas condições de vida e saúde do indivíduo (Barbosa *et al*, 2019).

A vulnerabilidade como paradigma da medicina moderna é considerada como uma entidade biológica resultante da diminuição da reserva e resistência a fatores externos e é o efeito dos problemas cumulativos em vários sistemas, facilitando o aparecimento de outros resultados adversos à saúde (Ocampo-Chaparro *et al*, 2019).

O conceito, segundo Almeida (2017, p. 53), refere-se a um *“estado, individual ou coletivo, que surge quando, por diversos motivos, a capacidade de autodeterminação está diminuída, repercutindo-se no aumento da dificuldade para proteger os próprios interesses, embora na saúde apareça muitas vezes associada a um aumento da suscetibilidade a problemas ou dano”*. O autor acrescenta ainda que provém de uma percepção pessoal ou social sobre o controlo que a pessoa ou o grupo possuem sobre a sua vida no geral ou sobre as experiências vividas, levando à conclusão de que quanto menor for o controlo, maior serão os sentimentos de insegurança, incerteza e solidão e, conseqüentemente, maior será a vulnerabilidade.

Barbosa *et al* (2019, p.353), define a vulnerabilidade como *“o indivíduo que não necessariamente sofrerá danos, mas apresenta-se mais suscetível visto que possui desvantagens significativas, sobretudo na qualidade de vida (...) o estado de vulnerabilidade se associa a situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos”*. O grau de vulnerabilidade depende do conjunto de combinações dos componentes

relacionados aos domínios físico, social e programático, bem como às experiências vividas anteriormente, ao longo da vida (Barbosa *et al*, 2019).

Os autores Ayres *et al* (citados por Almeida, 2017, p. 54-55) objetivam a vulnerabilidade em saúde segundo três dimensões nomeadamente a pessoal, a social e a programática.

A vulnerabilidade pessoal relaciona-se com o comportamento individual, que pode facilitar ou dificultar a manutenção do autocuidado e o estado de saúde. Neste campo, situações de saúde como o declínio cognitivo ou a perda de mobilidade são particularmente nocivos para a manutenção da capacidade funcional, facilitando o desenvolvimento de fenómenos como a depressão, sentimentos de impotência e perda do sentido da vida, que afetam a resiliência individual, convergindo para ampliar a vulnerabilidade da pessoa idosa (Almeida, 2017; Jesus *et al*, 2017).

A vulnerabilidade social relaciona-se com as estruturas de suporte do indivíduo, que suportam ou condicionam a resposta individual (como é exemplo o perfil económico, o nível de educação, os recursos de saúde, a cultura, a ideologia e as relações interpessoais) (Almeida, 2017).

No que concerne à vulnerabilidade programática, é aquela que engloba o conjunto de políticas públicas adotadas, bem como o acesso e qualidade dos serviços disponibilizados para solucionar ou prevenir os problemas (Almeida, 2017).

Outros autores caracterizam a vulnerabilidade num sentido geral, identificando fatores que a podem potenciar, tais como: deterioração da saúde, diminuição sensorial, défices cognitivos, declínio psicológico, episódios recorrentes de quedas e fragilidade, hospitalização recorrente (média de um ou dois internamentos num ano) que é considerada como um fator de stress significativo e está associada ao progressivo declínio funcional, resultando frequentemente em institucionalização e mortalidade precoce (Barbosa *et al*, 2019; Ocampo-Chaparro *et al*, 2019; Carmo, 2018).

Assim, a vulnerabilidade consiste num conceito multidimensional, onde as condições comportamentais, socioculturais, económicas e políticas se interrelacionam com os processos biológicos no decurso da vida (Amancio *et al*, 2019).

Os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada de proximidade com as pessoas idosas, para a identificação precoce de fatores potenciadores do aumento da vulnerabilidade (Amancio *et al*, 2019). Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária a exercer funções em contextos da comunidade (como no caso de uma UCC), possuem recursos facilitadores da intervenção com este grupo de pessoas. A utilização de instrumentos de avaliação da vulnerabilidade são essenciais para identificar as pessoas com risco

umentado, possibilitando uma intervenção interdisciplinar precoce. Neste sentido, é possível o planejamento e a priorização dos cuidados adequados (Amancio *et al*, 2019).

O desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde física e mental, eficaz para o bem-estar da população idosa, trazem benefícios na redução da vulnerabilidade (DGS, 2017).

#### **3.2.4. Situação de Dependência**

Ao longo das últimas décadas, os avanços tecnológicos da medicina traduzidos no aumento da esperança média de vida, despoletaram igualmente um aumento exponencial de pessoas idosas com doenças crónicas e, conseqüentemente, em situação de dependência (Pereira *et al*, 2020; DGS, 2017).

De acordo com Pereira *et al* (2020, p. 487) a “*dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes*”.

Segundo a DGS (2017) a dependência associa-se à Vulnerabilidade que a pessoa apresenta e tem sido aplicado às pessoas idosas, no que se refere à sua propensão para desenvolverem incapacidades ou às pessoas idosas com condições sociais desfavoráveis e que têm menos acesso a oportunidades de atingir níveis satisfatórios de saúde e independência.

Relativamente às causas mais prevalentes para o aumento do número de pessoas dependentes, destacam-se as doenças crónicas (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017) e de evolução prolongada, como as doenças e perturbações do aparelho respiratório, as doenças oncológicas e as doenças do aparelho circulatório, as situações de alta hospitalar precoce e os feridos de acidentes rodoviários, seguidas do natural processo de envelhecimento e de situações agudas (Pereira *et al*, 2020).

Contudo, com o avançar da idade, as pessoas idosas passam por um processo de mudanças físicas significativas que podem desencadear um forte fator de risco para o declínio das capacidades funcionais (Gavasso e Beltrame, 2017). A capacidade funcional consiste na “*habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente*” (Pinto *et al*, 2016, p.3546).

O conceito de capacidade funcional remete para o de autocuidado sendo que este se define, segundo a CIPE como “*atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (OE, 2011).

A avaliação dos níveis individuais de independência pode ser realizada sob dois aspetos (Gavasso e Beltrame, 2017; Pinto *et al*, 2016), nomeadamente nas AVD e nas

AIVD, que determinam a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e de viver de forma independente, respetivamente (Dias, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017).

Os fatores identificados como responsáveis, diretamente, pela perda da capacidade funcional dos idosos são os fatores individuais, como os demográficos, socioeconómicos e as condições de saúde (Pinto *et al*, 2016).

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentam maior grau de dependência (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017; Pinto *et al*, 2016), enquanto relativamente ao estado civil, Pereira *et al* (2020) concluíram que a maioria das pessoas era viúva, tal como em outros estudos por eles pesquisados.

Os fatores rendimento e nível de escolaridade influenciam a manutenção do grau de dependência de forma diretamente proporcional (Bao *et al*, 2019; Pinto *et al*, 2016).

Vários autores apontam para o facto de que os idosos com multimorbilidades aumenta o risco cumulativo de dependência de cuidados (Gavasso e Beltrame, 2017; Bao *et al*, 2019). O estado mental e cognitivo influencia negativamente o risco de desenvolvimento de dependência e os casos particulares de demência e depressão são preditores mais evidentes, comparativamente com as morbilidades físicas, para o progresso dessa dependência (Pereira *et al*, 2020; Bao *et al*, 2019).

Os cuidados de saúde primários constituem uma ferramenta primordial no que refere à manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, por representar a principal estratégia na prevenção das complicações relativas às doenças crónicas e às suas consequências na capacidade funcional (Gavasso e Beltrame, 2017).

A avaliação da capacidade funcional e instrumental do idoso, através de instrumentos de medida e avaliação e o conhecimento das suas morbilidades é uma das ferramentas essenciais para planear e determinar as ações dos serviços de saúde, permitindo aos enfermeiros um trabalho sistemático e rigoroso, dado que a preservação da independência revela ganhos em saúde e contribui para uma maior visibilidade da intervenção do enfermeiro (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017).

Os enfermeiros assumem um papel basilar na definição de políticas que respondam adequadamente às necessidades reais das pessoas ao nível dos cuidados de saúde, sendo fundamental uma avaliação holística de cada situação (DGS, 2017; Pereira *et al*, 2020).

Para além da prevenção e da identificação de situações de dependência, o enfermeiro tem a função de promover a autonomia da pessoa dependente, tal como promover a capacitação dos cuidadores no aumento das suas competências e atender no apoio e acompanhamento à família e/ou grupo. Neste sentido, o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública detém as competências específicas, tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas do ESCSP: “a) *Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do*

*ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19355).*

### **3.3. Prática Baseada na Evidência**

Surge como importante a necessidade de conceptualizar a Prática Baseada na Evidência, uma vez que o projeto de intervenção comunitária desenvolvido prevê a potencialização desta prática na definida Comunidade ACES.

Atualmente, verifica-se uma exigência crescente com os cuidados de saúde onde os níveis de excelência dos cuidados prestados são elevados. Isto, conduz os enfermeiros à necessidade de uma aprendizagem contínua, fundamentada e atualizada. A produção de conhecimentos em enfermagem é igualmente contínua e constitui um fator determinante no sucesso terapêutico e na melhoria dos cuidados e dos serviços de saúde. A investigação científica na área da enfermagem começa a impor-se como prática obrigatória, sendo um instrumento com poderes para transformar a atual realidade dos cuidados prestados e dos contextos de cuidados de saúde (Ferrito, 2007).

A investigação visa a produção de uma base científica para orientar a prática e garantir a credibilidade da profissão, alargando o campo do conhecimento científico devendo, por isso, ser assumida como um instrumento de trabalho, originado a prática da Enfermagem Baseada na Evidência (EBE). A EBE é assim um instrumento para a tomada de decisão dos enfermeiros sobre os cuidados a prestar, através de uma reflexão crítica e construtiva sobre as práticas da profissão (Ferrito, 2007).

Outros autores, definem o conceito de EBE como Prática Baseada na Evidência (PBE), conceito mais comumente encontrado na literatura e definida como “ *o processo em que os enfermeiros tomam decisões clínicas utilizando a melhor evidência científica, recorrendo à experiência clínica e às preferências da pessoa, no contexto dos recursos disponíveis*” (Pereira, Cardoso e Martins, 2012, p.56).

A PBE deve assumir uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com a expectativa nos melhores resultados e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. É ainda essencial a otimização dos recursos disponíveis, contando com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão (Pereira, Cardoso e Martins, 2012).

Os enfermeiros sentem como importante uma cultura de tomada de decisões baseada na informação científica e que uma prática de enfermagem baseada em

evidência supõe uma mudança na melhoria das práticas (Ferrito, 2007). Para além disso, num estudo apresentado pelos autores Abreu *et al* (2016) nas Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária, concluiu-se que os enfermeiros demonstraram claramente ser positivo apoiar as práticas com base em investigação, acreditando que este facto trará um melhor desenvolvimento para o seu futuro profissional. Contudo, reconhecem lacunas na transposição da investigação para a prática, acabando por assumir a experiência profissional como mais valiosa do que a evidência científica (Ferrito, 2007). São as orientações oriundas da instituição e a opinião de outros colegas os meios mais utilizados como fontes de informação para a prática (Abreu *et al*, 2016).

Este facto deriva da existência da identificação de um conjunto de barreiras à PBE, nomeadamente a falta de recurso tempo durante o período laboral, o limitado acesso à internet em alguns locais, a in experiência em investigação e as dúvidas relativamente à mesma, a dificuldade em manterem-se a par das mudanças que vão ocorrendo no local de trabalho, de apresentarem dificuldade na compreensão de artigos científicos e de reconhecerem a necessidade de formação especializada para os ajudar a realizar investigação, apesar de mencionarem a falta de incentivos financeiros para o investimento na sua formação (Abreu *et al*, 2016).

Embora os enfermeiros pareçam mais confiantes sobre a sua capacidade de começar a implementar novas práticas, a falta de autoridade e de apoio, bem como as culturas organizacionais não recetivas a mudanças, são vistas como obstáculos à implementação da PBE em enfermagem (Abreu *et al*, 2016).

As principais situações em que os enfermeiros pesquisam informação científica com frequência são quando têm um trabalho escrito para realizar e/ou apresentar, quando são confrontados com uma nova patologia e perante uma prática ou equipamento novos. Recorrendo à evidência, os enfermeiros podem demonstrar com bases sólidas e credíveis as suas ações, contribuindo deste modo para a implementação de mudanças nas Organizações (Ferrito, 2007).

Foi neste sentido que surgiu, no âmbito do Estágio Final, a criação de um Guia Orientador de Boa Prática, instrumento de qualidade, e cuja informação nele contida tem por base pesquisa científica, atual e credível. A consulta do Guia, disponível em versão documental e em versão digital, permitirá aos enfermeiros ter uma fonte de conhecimento facilmente acessível (em papel assegura a sua consulta mesmo que o sistema informático não esteja disponível), disponível no próprio local de trabalho (não sendo necessário recorrer a fontes no exterior), com informação direcionada às suas funções (específico e diretamente relacionado com a prática) e compilada num documento único (evita despender de recursos para realizar a pesquisa).

### 3.3.1. Guia Orientador de Boa Prática - Conceito

O conceito de Boa Prática emerge da “*aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos*” (OE, 2007, p.4).

O referido conceito é semelhante ao conceito de NOC (Normas de Orientação Clínica) muito utilizadas por outros profissionais de saúde. Estas são definidas como “*um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos - servem vários propósitos, quer para os profissionais de saúde, quer para os doentes, quer ainda para o sistema*” (Carneiro, Roque e Bugalho, 2007, p. 3).

Atualmente, existe uma necessidade crescente por parte da população em obter os melhores cuidados de saúde, a já referida exigência pela qualidade dos cuidados prestados.

Com o rápido aumento do volume, dimensão e complexidade da evidência científica, resultante de intensa investigação a nível mundial, surge como dificuldade aos profissionais de saúde, a seleção e integração dos dados obtidos na sua prática clínica diária. As NOC surgem como um método de apoio à decisão clínica, constituindo um instrumento de qualidade de prestação de serviços pelos profissionais de saúde, contribuindo, do mesmo modo, para a melhoria dos sistemas de saúde (Carneiro, Roque e Bugalho, 2007). Assim, a criação e divulgação de guias orientadores onde assentem recomendações de forma sistematizada, permite aos enfermeiros o acesso a informação fiável e atualizada sobre qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional para a tomada de decisão, considerando igualmente as preferências das pessoas (OE, 2007).

Justifica-se assim a elaboração do Guia Orientador de Boa Prática -Linha 65, que enquanto atividade desenvolvida pretendeu dar resposta a um objetivo específico do projeto de intervenção a ser apresentado e que, por isso, será apresentado no capítulo **Preparação da Execução** (obedecendo à apresentação das etapas do PS que foram seguidas).

#### 4. Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário -MAIEC

O MAIEC é baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário proposto por Laverack (2008).

Segundo Melo (2020) *“a tomada de decisão clínica em Enfermagem, quando enformada num paradigma orientado para o empoderamento comunitário, e exige um processo consciente e intencional de diagnóstico e intervenção para aumentar o poder das comunidades”* (p.49).

De acordo com o mesmo autor, o EC é a *“delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas”* (Melo, 2020, pág.37). Para além disso, o EC é considerado um processo para solucionar problemas sociais e políticas sociais a partir das pessoas sem poder (Melo, 2020).

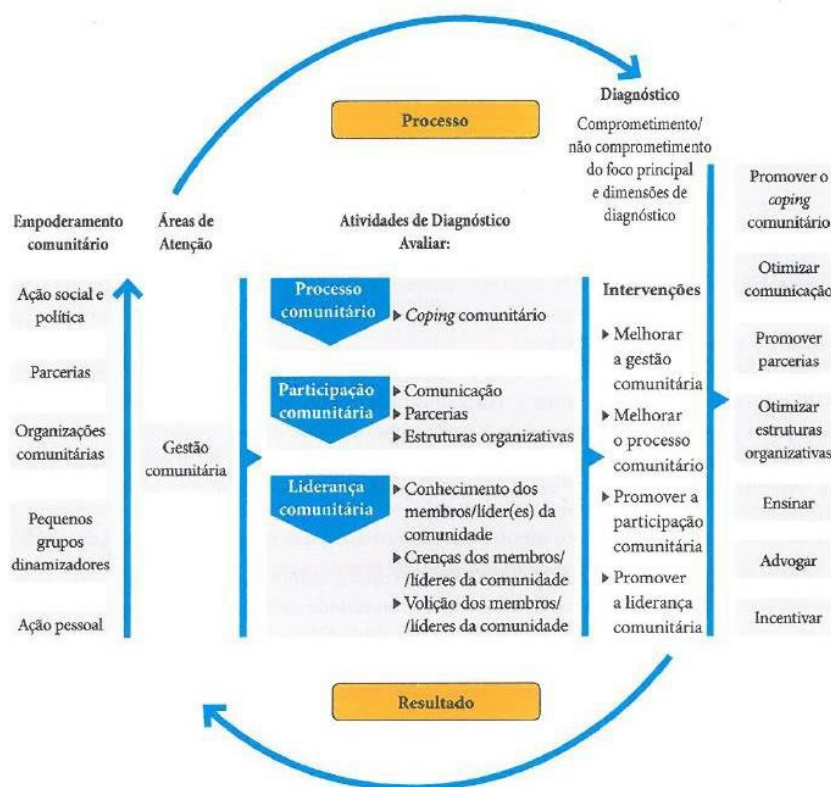
O MAIEC permite uma abordagem da comunidade como cliente e tem uma matriz de decisão clínica, desde a atividade de diagnóstico à avaliação de resultados. Orienta o cuidado de enfermagem para a comunidade orientado pelo Empoderamento Comunitário como processo e como resultado, sendo por isso um potencial modelo de referência em áreas como a Saúde Escolar, a Saúde Pública, Saúde Comunitária, a Saúde no Trabalho ou mesmo para a abordagem do Hospital como uma comunidade na resolução dos seus problemas (Melo,2020).

Os conceitos apresentados relacionam-se com os conceitos metaparadigmáticos associados à disciplina de Enfermagem (Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidados de Enfermagem) que, no caso deste modelo, se relacionam com a Enfermagem de Saúde Comunitária, designadamente: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade (Melo, 2020).

Estando a comunidade no centro dos cuidados, é importante clarificar que o MAIEC a define em vários tipos: Comunidade Residencial, Comunidade Escolar, Comunidade Empresarial, Comunidade Hospitalar, Comunidade ACES, Comunidade Prisional, Comunidade Residencial para Pessoas Idosas e Comunidade Centro de Dia (Melo,2020).

*“A matriz de decisão clínica do MAIEC integra um processo prescritivo de decisão clínica, desenvolvido a partir de um paradigma construtivista com enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária”* (Melo, 2020, p.56). A referida matriz é apresentada em seguida.

**Figura 1 – Matriz de decisão clínica do MAIEC**



Fonte: Melo (2020)

A partir da sua análise, compreendemos que a gestão comunitária é o foco de atenção principal, sendo a comunidade a sua unidade de cuidados, e as três dimensões de diagnóstico são: o processo comunitário, a participação comunitária e a liderança comunitária (Melo, 2020). De acrescentar que, as intervenções de enfermagem são associadas à CIPE.

Na perspectiva de Laverack (2008) o empoderamento comunitário é definido quer como um processo, que visa a concretização de objetivos, quer como um resultado, sendo que o empoderamento é por si mesmo o objetivo. Visto como um processo interativo e contínuo, inclui o empoderamento pessoal e o desenvolvimento de grupos, organizações comunitárias, redes ou coligações. Como resultado do empoderamento, a meta geral é o maior controlo sobre as decisões importantes e as estruturas que influenciam a vida dos indivíduos envolvidos no processo (Laverack, 2008).

Para a OMS (1997) a promoção da saúde está diretamente associada ao aumento da capacidade dos indivíduos controlarem a sua saúde. Assim sendo, tal definição remete de imediato para a noção de empoderamento comunitário. Uma vez que uma grande parte da saúde é determinada pelo poder que os indivíduos têm e pela

forma como conseguem gerir os seus recursos, estes conceitos são fundamentais para os promotores e para as políticas de saúde (OMS, 1997).

Morrondo (2000) reforça a ideia de que o empoderamento dos indivíduos e da comunidade é fulcral, na medida em que a saúde é influenciada pelo nível de controlo que a pessoa tem da sua vida, pelo poder ou impotência, considerando-o uma estratégia primária da promoção da saúde.

Neste sentido, foi utilizado como Modelo Teórico orientador deste Projeto o MAIEC, de Pedro Melo, já descrito anteriormente.

Sendo um modelo cujo foco de atenção principal para os cuidados de enfermagem é a comunidade, torna-se relevante definir o conceito que segundo o autor é “(...) conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, com funções identificadas, quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que a constituem. Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. É também um sistema relacional aberto (...)” (Melo, 2020, p.50).

Como comunidade, o todo e as partes interagem através da participação, da liderança e dos processos comunitários, as três dimensões de diagnóstico do MAIEC.

Como referido anteriormente, a comunidade pode ser de vários tipos, mas neste caso interessa definir a Comunidade ACES, tendo em conta o contexto em que decorreu o estágio final e a população-alvo do projeto. Assim sendo, a Comunidade ACES é definida como “*uma estrutura ou conjunto de estruturas de saúde de cuidados primários, constituídas por diferentes unidades funcionais, com o objetivo de prestar à população cuidados primários de saúde em todos os níveis de prevenção e ao longo do ciclo de vida (...)*” (Melo, 2020, p.50-51). A Comunidade ACES, população alvo do projeto de intervenção é constituída por todos os enfermeiros intervenientes no Projeto Linha 65.

Neste sentido, o EC foi promovido por meio da participação comunitária, na qual existiu o envolvimento da Comunidade ACES na identificação das suas necessidades e problemas, participando ativamente na procura de soluções e estratégias para as colmatar. A enfermeira coordenadora da UCC S assumiu o seu papel de liderança comunitária, estando sempre presente e orientado para as ações a desenvolver. Foram desenvolvidos e disponibilizados recursos para otimizar a intervenção da equipa de enfermagem, tendo sido igualmente mobilizados recursos já existentes. Para além disso foram estabelecidas parcerias, com equipas já existentes na UF, com o mesmo objetivo de otimização da intervenção no Projeto Linha 65.

## 5. Metodologia do Planejamento em Saúde

O projeto realizado teve como suporte a Metodologia de Planejamento em Saúde segundo Tavares (1990). Segundo o mesmo, em saúde, *“planejar é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução (ões) ótimas entre as várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”* (Tavares, 1990, 29).

O Planejamento em Saúde (PS) *“é um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado”* (Tavares, 1990, p.14). É caracterizado por ser um processo lógico que implica *“(...) a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconômicos”* (Imperatori e Giraldes, 1993, p.23). Consiste ainda num processo contínuo e dinâmico, pelo que não se deve considerar uma etapa do planejamento como inteiramente concluída, havendo a possibilidade de ser preciso voltar à etapa anterior sempre que necessário (Imperatori e Giraldes, 1993).

Por sua vez, um Projeto define-se como *“uma atividade que decorre num período de tempo bem limitado, que visa a obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa”* (Tavares, p.39).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no desenvolvimento das suas competências avalia o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planejamento em saúde (OE, 2018).

O desenho do Planejamento em Saúde (Anexo I), segundo Tavares (adaptado de Imperatori e Giraldes, 1993), inclui seis etapas nomeadamente: Diagnóstico da Situação, Determinação de prioridades, Fixação de Objetivos, Seleção de Estratégias, Preparação Operacional – Programação e Avaliação.

### 5.1. Diagnóstico de Situação

A elaboração do Diagnóstico de Situação é o primeiro passo no processo de Planejamento em Saúde. Nesta fase são identificadas as necessidades de saúde da população e a *“concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividades”* (Imperatori e Giraldes, 1993, p.43).

O Diagnóstico de Situação acarreta uma noção de dinâmica uma vez que é *“uma atividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade e também de o planejamento ser um processo contínuo, cíclico, onde o diagnóstico da situação se*

*relaciona com a etapa de avaliação e com o progressivo melhor conhecimento da situação”* (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 43).

Na primeira semana de estágio foi realizada uma reunião formal com a Enfermeira Orientadora, que é simultaneamente a enfermeira coordenadora da UCC e com uma enfermeira interveniente no Projeto Linha 65, com o objetivo de perceber quais as necessidades sentidas no âmbito do mesmo. Foi realçada a carência e importância da existência de um documento formal com a informação sobre o funcionamento da Linha 65, que sirva como recurso para consulta, acessível a todos os profissionais. Foi sugerida a elaboração de um Manual (que foi designado como Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65) e os aspetos considerados como essenciais no seu conteúdo foram a caracterização da população alvo do Projeto – Pessoas Idosas, o enquadramento teórico dos problemas de saúde da população, a apresentação da legislação aplicável na intervenção de situações relativas às Pessoas Idosas e a discriminação da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65. Para além disso, foi proposta a apresentação de sugestões para a otimização da intervenção dos enfermeiros.

Perante o apresentado, as **Necessidades de Saúde** (expressão da diferença entre o estado atual e o que se pretende atingir, representando o que é preciso para solucionar o problema (Tavares, 1990) identificadas foram a **necessidade de otimização da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, particularmente a inexistência de um documento formal sobre o Projeto Linha 65 e a carência de melhoria da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65**. Estas Necessidades de Saúde são sentidas e expressas pelos enfermeiros da UCC S.

No sentido da melhoria da intervenção dos enfermeiros, foi realizada uma pesquisa de natureza qualitativa, para a avaliação das necessidades sentidas pelos mesmos aquando a intervenção no Projeto Linha 65.

A entrevista foi o instrumento de recolha de dados selecionado tendo por base a sua flexibilidade, a possibilidade de colocação de questões abertas que, geralmente, são em pequeno número e permitem a partilha de conceções e opiniões dos intervenientes, e pela menor resistência do entrevistado, relativamente à resposta a um questionário (Batista *et al*, 2017). São obtidas informações abrangentes, de caráter verbal e não-verbal, aumentando a riqueza da informação, e é possível o esclarecimento de dúvidas no momento, vantagens a destacar com este instrumento.

Especificamente, foi realizado um guião (Apêndice III) para aplicação numa entrevista semiestruturada, sendo que esta foi escolhida por possibilitar ser desenvolvida de forma mais espontânea (Batista *et al*, 2017). De acordo com Minayo (2010), *“neste tipo de entrevista o entrevistado tem liberdade para se posicionar de forma favorável ou não sobre o tema, sem se prender à pergunta formulada”*.

Foram realizadas duas entrevistas face a face e individualmente. A primeira foi realizada a uma enfermeira da UCC S, enquanto a segunda foi realizada a uma enfermeira de família de uma Unidade de Saúde Familiar (possível pela proximidade entre as unidades de saúde, que se situam no mesmo edifício), tendo como critérios de inclusão a disponibilidade e aceitação em participar no projeto de intervenção. Deste modo, foi possível obter perspetivas de ângulos diferentes da intervenção e envolver enfermeiros intervenientes no Projeto Linha 65, de diferentes UF do ACES.

A análise das entrevistas foi realizada com base no método de análise conteúdo segundo Bardin (2006) e a respetiva grelha é apresentada em Apêndice IV.

Nas entrevistas realizadas foram colocadas três questões que permitiram entender quais os problemas existentes durante a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65. Serão apresentadas as questões, as categorias resultantes e respetivas subcategorias e, quais os problemas identificados. A apresentação será feita individualmente para cada questão colocada.

Da análise dos dados da primeira questão: *Quais as maiores dificuldades sentidas aquando a intervenção no Projeto Linha 65?* resultou a **categoria: Dificuldades dos enfermeiros aquando a intervenção no Projeto 65.**

As dificuldades expressas relacionaram-se com problemas agrupados em **subcategorias**, nomeadamente: **Transmissão de Informação; Articulação entre a Equipa; Registos; Recursos; Organização; e Conhecimento**

### **Transmissão de Informação**

A comunicação multidisciplinar apresenta lacunas, uma vez que os enfermeiros da UCC encaminham a informação, por email, acerca dos utentes sem que exista sempre uma resposta por parte dos profissionais informados, o médico de família e o enfermeiro de família ou equipa de enfermagem, das unidades funcionais nas quais os utentes estão inscritos. É sentido que a informação se perde por não existir retorno de informação. Para além disso, não existe um seguimento das situações por parte de ambas as equipas. Os enfermeiros da UCC muitas vezes não sabem se já foi feita alguma intervenção, por parte da Unidade Funcional, no caso referenciado e, por outro lado, os enfermeiros da Unidade Funcional, quando intervêm, não têm informação sobre o encaminhamento e resolução da situação. Identificam-se, assim, como **problemas**: **Falta de comunicação entre a equipa e Descontinuidade de cuidados.**

### **Articulação entre a Equipa**

As dificuldades na articulação prendem-se com o facto de, na maioria dos casos, o enfermeiro da UCC desconhecer os contactos diretos do médico de família e do

enfermeiro de família, tendo que recorrer ao email geral das equipas. É sentido que a informação não chega ao destinatário e, portanto, existe uma falha na articulação. A informação transmitida por email não segue uma orientação formal, pelo que difere de enfermeiro para enfermeiro. Assim, levanta-se o problema: **Não uniformização dos processos de articulação**

### **Registos**

Os enfermeiros da UCC realizam registos em papel na folha de identificação do utente de forma a facilitar a consulta (registam, por exemplo, se o plano de vacinação está atualizado). Essa informação é duplicada aquando da realização do processo de enfermagem em SClínico. Os registos realizados no sistema informático ficam apenas acessíveis para consulta para os enfermeiros da UCC, não permitindo que os enfermeiros das UF os possam consultar e saber o ponto de situação de cada caso. O problema identificado é, então: **Registos dispersos (em papel, em email, em SClínico)**

### **Recursos**

Os enfermeiros da UCC dispõem de tempo limitado para a intervenção na Linha 65, que funciona uma vez por semana. Nesse dia são realizadas, as VD, e portanto, o enfermeiro encontra-se fora da unidade. Nesse mesmo dia tem que organizar os processos dos utentes visitados, recolher as informações necessárias, articular com os outros profissionais, o que é um processo moroso. Por parte dos enfermeiros das UF, é sentida a falta de recursos, como uma carrinha de transporte, para a realização de VD aos utentes referenciados pela Linha 65. Surgem como Problemas: **Falta de tempo e Falta de meio de transporte**

### **Organização**

Os enfermeiros da UCC entendem que existe desorganização por parte das equipas de família no sentido em que há poucas respostas e a necessidade de solicitar mais do que uma vez a sua colaboração. O problema identificado é: **Desorganização por parte das equipas de família**

### **Conhecimento**

Segundo os enfermeiros das UF, alguns profissionais dessas unidades desconhecem a existência da Linha 65 ou do seu objetivo, levando consequentemente

a uma falta de resposta e de trabalho em equipa. O problema prende-se com: **Desconhecimento sobre a Linha 65**

A segunda questão colocada na entrevista foi: *Como é realizado o encaminhamento para outros profissionais envolvidos no Projeto Linha 65? Da análise dos dados resultou a categoria: Encaminhamento para outros profissionais envolvidos no Projeto Linha 65; e as subcategorias: Via e Registos*

## Via

As sinalizações das situações de risco são feitas para a CT que é a detentora do contacto telefónico disponível 24h por dia. Essa informação chega aos enfermeiros da UCC por email. O encaminhamento de todas as informações relativas à Linha 65 são feitas por email, seja da parte da CT, dos enfermeiros da UCC e dos profissionais de saúde das UF. O email utilizado é institucional, mas individualizado para cada profissional, o que limita a informação ao mesmo. Como problemas identificaram-se: **Dependência da CT e Restrição da informação ao utilizador do email**

## Registos

As informações contidas nos emails trocados entre todos os intervenientes não seguem nenhuma orientação específica. Cada um descreve consoante a sua avaliação da situação. Assim, identificou-se o seguinte problema: **Falta de uniformização no processo de registos**

A terceira e última questão da entrevista “*O que considera que pode ser feito para melhorar a intervenção no Projeto Linha 65? (estratégias e sugestões)* identificou-se a categoria: **Sugestões de melhoria para a intervenção no Projeto Linha 65**; e as subcategorias: **Organização e Articulação**

## Organização

Anteriormente à pandemia por COVID-19 existia uma reunião mensal com todos os parceiros da Linha 65, onde se discutiam casos e se faziam pontos de situação dos utentes. Atualmente, ainda não foi retomado esse procedimento que é sentido em falta por parte dos enfermeiros da UCC. Daí, surge o problema: **Inexistência de reunião entre todos os parceiros do Projeto Linha 65**

## Articulação

Foi novamente referida, pelos enfermeiros da UCC, a dificuldade de contacto com os enfermeiros das UF. Muitas vezes não se sabe qual o email direto e este tem que ser enviado para o email geral, acabando por não existir uma resposta. Foi abordado como elemento facilitador de articulação, a existência de um enfermeiro de referência em cada UF, que ficaria responsável pela receção da informação e pela divulgação da mesma à restante equipa de enfermagem. Por outro lado, não existe nenhuma linha orientadora para a intervenção do enfermeiro no processo de articulação, revelando-se pertinente haver um documento nesse sentido. Foi ainda referida a existência de um formulário de articulação que, na verdade, não existe. Existe sim um formulário de sinalização que é da autoria da CT. Perante isto, identificaram-se os problemas descritos adiante, que se cruzam com o problema anteriormente identificado - **Não uniformização dos processos de articulação. Problemas: Inexistência de uma lista de contactos dos enfermeiros das UF; Inexistência de Enfermeiro de Referência em cada Unidade Funcional; Inexistência de linhas orientadoras para a intervenção no processo de articulação; e Falta de recurso: Formulário de Referenciação**

### 5.2. Diagnósticos de Enfermagem – CIPE e MAIEC

Os diagnósticos de enfermagem (D1-D14) devem colaborar para adoção de comportamentos promotores de saúde. Deste modo, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A comunidade como alvo dos cuidados de enfermagem surge como um cliente complexo com necessidades diferentes das identificadas nos indivíduos e na família (Melo, 2018).

A abordagem do enfermeiro à comunidade como cliente centra-se num foco central, a Gestão Comunitária, com três dimensões de diagnóstico: a Participação comunitária, a Liderança comunitária e o Processo comunitário, associados aos conceitos previstos no modelo teórico abordado -MAIEC. O Diagnóstico de Enfermagem de Saúde Comunitária exige a identificação da ligação entre as necessidades sentidas pela comunidade, pelas expressas, que revelam a relação de proximidade enfermeiro-comunidade, e as reais (Melo, 2020).

Com base nos problemas de saúde identificados, foram definidos os diagnósticos de enfermagem de acordo com a CIPE e com o modelo teórico MAIEC, que são apresentados, paralelamente, no quadro seguinte (Quadro 1).

**Quadro 1 – Necessidades e Problemas de Saúde, Diagnósticos de Enfermagem – CIPE e MAIEC**

Necessidades e Problemas de Saúde	Diagnósticos de Enfermagem (CIPE)	Diagnósticos de Enfermagem (MAIEC)	Foco Principal (MAIEC)
<p><b>Necessidade de existência de um Guia Orientador de Boa Prática sobre a Linha 65</b></p>	<p><b>D1- <u>Acesso (status) indisponível</u></b> por parte da equipa da UCC a documento formal e atual sobre a Linha 65 por inexistência do mesmo</p>	<p><u>Processo comunitário comprometido</u> (não tem recursos com formação em Planeamento em Saúde)</p> <hr/> <p><u>Liderança comunitária comprometida</u> (conhecimentos insuficientes sobre os problemas)</p>	<p><b>COMUNITÁRIA</b> <b>GESTÃO</b></p>
<p><b>Falta de comunicação entre a equipa</b></p>	<p><b>D2- <u>Comunicação comprometida</u></b> por parte das equipas relacionado com lacunas na troca de informação entre as unidades de saúde</p>	<p><u>Participação comunitária comprometida</u> (não tem mecanismos eficazes de comunicação e não se efetivou parceria formal com outras comunidades para a abordagem dos problemas)</p>	
<p><b>Descontinuidade de cuidados</b></p>	<p><b>D3- <u>Continuidade de cuidados comprometida</u></b> relacionado com lacunas na troca de informações entre as unidades de saúde</p>		
<p><b>Registos dispersos (em papel, em email, em SClínico)</b></p>	<p><b>D4- <u>Atitude comprometida</u></b> por parte das equipas relacionado com existência de diversos recursos para realização de registos</p>		
<p><b>Falta de tempo</b></p>	<p><b>D5- <u>Atitude comprometida</u></b> por parte da equipa da UCC relacionado com falta de recurso de tempo</p>		

	D6- <u>Atitude comprometida</u> por parte da equipa das UF relacionado com falta de recurso de meio de transporte	Participação comunitária <u>comprometida</u> (não tem mecanismos eficazes de comunicação e não se efetivou parceria formal com outras comunidades para a abordagem dos problemas)	
<b>Desconhecimento sobre a Linha 65</b>	D8- <u>Falta de conhecimento</u> por parte das equipas das UF sobre a Linha 65		
<b>Dependência da CT</b>	D9- <u>Atitude comprometida</u> por parte da equipa da UCC porque o envolvimento no Projeto é em Parceria com a CT		
<b>Restrição da informação ao utilizador do email</b>	D10- <u>Atitude comprometida</u> por parte das equipas por impossibilidade de aceder a informações contidas em email individual		
<b>Falta de uniformização no processo de registos</b>	D11- <u>Atitude comprometida</u> por parte das equipas por inexistência de uma orientação para a intervenção no processo de registos		
<b>Inexistência de reunião entre todos os parceiros do Projeto Linha 65</b>	D12- <u>Atitude comprometida</u> por parte da equipa da UCC por suspensão temporária da reunião mensal com a CT onde existia discussão dos casos em equipa multidisciplinar		
<b>Inexistência de uma lista de contactos dos enfermeiros das UF</b>	D13- <u>Atitude comprometida</u> por parte da equipa da UCC por não existir uma lista de contactos de todos os profissionais das UF		
<b>Inexistência de Enfermeiro de Referência em cada Unidade Funcional</b>	D14- <u>Atitude comprometida</u> por parte das equipas por inexistência de um enfermeiro de referência com a responsabilidade de garantir que a informação chegue a todos os profissionais de saúde necessários para a intervenção de cada caso		
<b>-Não uniformização dos processos de articulação; -Inexistência de linhas orientadoras para a intervenção no processo de articulação; -Falta de recurso: Formulário de Referênciação</b>	D15- <u>Atitude comprometida</u> por parte das equipas por falta de recursos orientadores para a prática		

### 5.3. Definição de Prioridades

Esta é a segunda etapa do PS na qual é realizada a hierarquização dos problemas de saúde, sendo dividida em duas fases, nomeadamente, a definição dos critérios de decisão e, a apreciação e comparação dos problemas (Tavares, 1990).

A comparação dos problemas é realizada, pela sua natureza e pelo seu grau de abstração (Imperatori e Giraldes, 1993). A sua priorização pressupõe desenvolver as estratégias para resolução dos mesmos, de acordo com a sua prioridade.

Face aos problemas identificados, recorreu-se à técnica de grelha de análise para a priorização dos mesmos, tendo em conta a sua objetividade (Tavares, 1990). Esta técnica, permite determinar prioridades em função dos critérios: (1) Importância do problema; (2) Relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco; (3) Capacidade técnica de resolver o problema; (4) Exequibilidade do projeto.

A Grelha de Análise permite atribuir uma classificação de mais (+) ou de menos (-), de forma sequencial, aos vários critérios, para cada problema identificado. No final obtém-se o valor que corresponde ao nível da prioridade, sendo 1 a prioridade máxima, (Tavares, 1990). Deste modo, foi aplicada a referida grelha com a presença de informadores-chave (3 Enfermeiros do projeto “Linha 65”), para fundamentar a priorização dos diagnósticos de enfermagem, passíveis de intervenção.

No quadro seguinte – Quadro 2 - apresenta-se a grelha de análise elaborada para selecionar os diagnósticos de enfermagem prioritários.

**Quadro 2** - Determinação de prioridades segundo a Grelha de Análise para determinação de prioridades de Pineault e Daveluy (Tavares,1990)

Critérios Diagnóstico	Importância do Problema	Relação entre os problemas e os fatores de risco	Capacidade técnica para resolver o problema	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	Resultados
D1	+	+	+	+	1
D2	+	+	-	-	4
D3	+	+	-	-	4
D4	+	+	-	-	4
D5	+	+	-	-	4
D6	+	+	-	-	4
D7	+	+	-	-	4
D8	+	+	+	+	1
D9	+	+	-	-	4
D10	+	+	-	-	4
D11	+	+	-	-	4
D12	+	+	-	-	4
D13	+	+	+	+	1
D14	+	+	+	-	2
D15	+	+	+	+	1

Analisando os resultados obtidos pela aplicação da grelha de análise, são definidos como diagnósticos de enfermagem prioritários os seguintes:

**D1- Acesso (status) indisponível** por parte da equipa da UCC a documento formal e atual sobre a Linha 65 pela inexistência do mesmo – **Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65**

**D8- Falta de conhecimento** por parte das equipas das UF sobre a Linha 65 – **Partilha de informação sobre a Linha 65**

**D13- Atitude comprometida** por parte da equipa da UCC por não existir uma lista de contactos de todos os profissionais das UF – **Lista de Contactos**

**D14- Atitude comprometida** por parte das equipas por inexistência de um enfermeiro de referência com a responsabilidade de garantir que a informação chegue a todos os profissionais de saúde necessários para a intervenção de cada caso – **Enfermeiro de Referência**

**D15- Atitude comprometida** por parte das equipas por falta de recursos orientadores para a prática - **Fluxograma de Articulação + Formulário de Referenciação**

#### **5.4. Fixação de Objetivos**

A etapa seguinte, a terceira do PS, corresponde à etapa da fixação de objetivos.

Nesta etapa, é feita a identificação dos objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados em objetivos concretizáveis ou metas a atingir (Tavares, 1990).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) existem quatro fases que constituem esta etapa, as quais: seleção dos indicadores dos problemas prioritários; determinação da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários; fixação dos objetivos a atingir; e, tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis para que sejam estruturalmente coesos, para além de interdependentes e sequencias (Tavares, 1990). Segundo o mesmo autor “*uma boa hierarquização dos objetivos integra a formulação dos objetivos gerais e de objetivos específicos*” (Tavares, 1990, p.117).

O objetivo geral corresponde a uma situação que se pretende atingir, sendo formulado de forma genérica, enquanto os objetivos específicos detalham aspetos dessa situação e contribuem para que o primeiro seja atingido (Tavares, 1990).

Os objetivos operacionais ou metas devem ser igualmente claros e correspondem aos “*resultados visados pela equipa do projeto, isto é, às suas próprias atividades*” (Tavares, 1990, p.119) que devem ser traduzidos em termos de indicadores e ser mensuráveis (Imperatori e Giraldes, 1993).

Assim, face aos diagnósticos de enfermagem levantados e tendo por base o Modelo Teórico MAIEC de Pedro Melo, foi definido como **objetivo geral**:

- Otimizar a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65

Deste, partiram os seguintes **objetivos específicos**:

- Promover elaboração de um documento formal sobre o Projeto Linha 65 para a equipa de enfermagem da UCC S
- Promover a implementação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 pela equipa da UCC
- Promover o conhecimento sobre a Linha 65 aos profissionais das outras UF da área do concelho S - email
- Promover a comunicação entre as equipas da UCC e das UF
- Promover a designação de um enfermeiro de referência em cada UF

De forma a facilitar a perceção do processo de fixação dos objetivos, foi contruído o Quadro 3, que se apresenta em seguida e que contém os objetivos específicos, os objetivos operacionais, as atividades planeadas e os respetivos indicadores de avaliação.

**Quadro 3 -** Objetivos específicos, objetivos operacionais, atividades planejadas e indicadores de avaliação

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Objetivos Operacionais</b>	<b>Atividades Planejadas</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>
A - Promover a elaboração de um documento formal sobre o Projeto Linha 65 para a equipa de enfermagem da UCC S	Que o documento formal sobre o Projeto Linha 65 seja elaborado até ao final do Estágio	1 – Elaboração do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65	Que o documento formal sobre o Projeto Linha 65 esteja elaborado no final do Estágio
B - Promover a implementação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 na equipa da UCC	Que 100% da equipa da UCC S implemente o Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65	2 – Fornecer o Guia Orientador de Boa Prática em formato físico e em formato digital à equipa da UCC	Nº de enfermeiros com acesso ao Guia/Nº total de enfermeiros da UCC S
		3 - Realização de uma sessão de apresentação do Guia Orientador de Boa Prática aos enfermeiros da UCC S	Nº de enfermeiros participantes na sessão/Nº total de enfermeiros da UCC S
C - Promover o conhecimento sobre a Linha 65 aos profissionais das UF da área do concelho S	Que 90% dos profissionais de saúde das UF tenham conhecimento sobre a Linha 65 e o seu âmbito	4 - Envio de email a todos os profissionais de saúde das UF	Nº de profissionais que receberam/responderam ao email/ Nº total de emails enviados
D - Promover a comunicação entre as equipas da UCC S e das UF	Que 80% dos profissionais de saúde utilizem as ferramentas desenvolvidas para facilitar a comunicação entre si	5 - Criação de um formulário de referenciação	Nº de profissionais de saúde que utilizam as ferramentas desenvolvidas/ Nº de profissionais de saúde com conhecimento sobre as ferramentas desenvolvidas
		6 - Construção de um fluxograma de articulação entre a UCC S e as UF	
E - Promover a designação de elementos de referência em cada UF	Que pelo menos um enfermeiro participe em reuniões para a criação de elementos de referência nas UF	7 - Realização de 2 reuniões com enfermeiros das UF para a criação de elementos de referência	Obter a designação de elementos de referência

## 5.5. Seleção de Estratégias

A quarta etapa corresponde à seleção de estratégias, considerada uma das etapas mais importantes do PS, onde se pretende “*propor novas formas de atuação através de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados, inflitando a tendência de evolução natural dos problemas*” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.65).

Nesta fase é essencial criatividade e um vasto conhecimento sobre os problemas em estudo uma vez que, quanto maior forem, é também maior a probabilidade de sugerirem novas formas de abordagem dos problemas, com vista à sua resolução ou minimização (Tavares, 1990).

Assim, com a definição de estratégias nesta etapa, pretende-se atingir os objetivos fixados na etapa anterior, bem como dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados e que irão promover a saúde da comunidade, considerando os recursos existentes.

Considerou-se que a estratégia preferencial para responder aos problemas/necessidades de saúde identificados fosse o Empoderamento Comunitário, sob os princípios orientadores do Modelo Teórico no qual se baseou o projeto – MAIEC de Pedro Melo, como referido anteriormente.

Segundo Melo (2020), o empoderamento comunitário “*refere-se à delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas*” (p.37). O conceito, já anteriormente estudado por outros autores, leva a um consenso no que diz respeito à participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do incremento das suas capacidades para identificar e resolver problemas de uma forma tendencialmente autónoma de agentes externos (Laverack, 2005).

Considera-se que o enfermeiro deva, no processo de enfermagem, quando a comunidade é o seu alvo de cuidados, ter uma ação intencional que promova o EC e lhe permita avaliar o processo e o resultado das suas decisões clínicas, desde o diagnóstico de enfermagem à avaliação de resultados (Melo, 2020).

No domínio da saúde, considera-se pertinente a utilização da organização do planeamento das estratégias proposto pelo CENDES-OPAS<sup>1</sup>, cuja estrutura do

---

<sup>1</sup> O método CENDES/OPAS de programação sanitária, apresentado em 1965, foi o primeiro instrumento de planeamento e programação sistemático aplicado pelos sistemas nacionais de saúde no continente americano. O método assentava-se em cálculos de inspiração económica visando potencializar a relação custo-benefício (Lacerda, Botelho e Colussi, 2016)

processo de planeamento estratégico de intervenção assenta na relação entre técnica, tarefa (s) e os instrumentos/recursos. Acrescenta ainda a sua relação com os objetivos específicos do projeto (relacionados com os diagnósticos de enfermagem) e com as intervenções de enfermagem propostas na CIPE (Melo, 2020).

A determinação das estratégias de intervenção tem por base diferentes domínios sendo que, neste caso, se refere ao domínio das crenças e atitudes, onde as intervenções serão do tipo “Otimizar” ou “Promover”, utilizando a linguagem CIPE. Com isto, o que se pretende é a consolidação do conhecimento em convicções que promovam a mudança do sistema de crenças e atitudes, envolvendo a população e identificando aquilo que se sabe, o significado que se atribui ao que se sabe e o que se sente face ao significado atribuído (Melo,2020).

Utilizando o conceito de EC foram desenvolvidas estratégias de envolvimento dos enfermeiros, questionado e procurando respostas para atingir os objetivos propostos, com base na sua perceção. O envolvimento dos elementos diretamente relacionados com o Projeto Linha 65 esteve sempre presente pois têm uma intervenção direta e, portanto, uma perspetiva mais realista das necessidades. Foram elaborados e disponibilizados recursos para otimizar a sua intervenção no Projeto Linha 65. Para além disso, foram mobilizados recursos já existentes, como elementos de outras equipas, no sentido da criação de parcerias. A liderança manteve-se a cargo da enfermeira coordenadora, com uma participação ativa nas orientações a seguir, dando instruções aos enfermeiros e envolvendo-os.

## **5.6. Preparação da Execução**

A preparação da execução, quinta etapa do PS, é aquela com mais aspetos em comum com as fases anterior e posterior (Imperatori e Giraldes, 1993). No início desta etapa devem ser especificadas as atividades constituintes do projeto que devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos porque isso só conduz ao desperdício de recursos (Tavares, 1990).

Assim, nesta fase foram estabelecidas as atividades necessárias à execução das estratégias selecionadas, focadas no EC da Comunidade ACES, com base no MAIEC, de forma a atingir os objetivos operacionais definidos.

As atividades foram delineadas ao longo do projeto, desde o seu início com o levantamento das necessidades/problemas identificadas com o objetivo principal de otimizar a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, como no seu decorrer, com a necessidade de organização e dinamização do mesmo e são, designadamente:

- Reunião formal com a enfermeira orientadora para levantamento das necessidades/problemas da equipa de enfermagem da UCC S, onde se determinou o foco de atenção no Projeto Linha 65 e, em particular, a carência e importância da existência de um documento formal com a informação sobre o funcionamento da Linha 65, que servisse como recurso para consulta, acessível a todos os profissionais;
- Pesquisa de dados epidemiológicos sobre a população pessoas idosas, revisão narrativa da literatura acerca dos problemas e riscos das pessoas idosas e legislação relacionada, juntamente com a descrição da função e intervenções do enfermeiro no Projeto Linha 65 – resultando no Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65 (Apêndice II), realizado durante todo o período de estágio. As intervenções foram expostas pela equipa, mas também desenvolvidas por nós, na prática. Tendo em conta a relevância deste documento, o envolvimento na sua criação e a sua dimensão enquanto instrumento de qualidade, será feita a sua descrição num subcapítulo adiante;
- Elaboração de um guião de entrevista (Apêndice III) para a realização de entrevistas a duas enfermeiras (uma da UCC e outra de uma USF, no sentido de perceber quais as maiores dificuldades sentidas aquando a intervenção no Projeto Linha 65, sob duas perspetivas diferentes; compreender como é realizado o encaminhamento para outros profissionais envolvidos no Projeto Linha 65 (profissionais e os seus papéis); e o que consideravam que poderia ser feito para melhorar a intervenção no Projeto Linha 65 (estratégias e sugestões), com o objetivo de direcionar o Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65 e simultaneamente fazer um levantamento de outras necessidades/problemas. As entrevistas foram realizadas no mesmo dia, em momentos e espaços diferentes, individualizadas, na data de 19 de outubro de 2021;
- Realização da análise de conteúdo das entrevistas, de acordo com a autora Bardin, e cuja grelha de encontra em Apêndice IV;
- Sessão de apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 a toda a equipa da UCC S (Apêndice V) – divulgação do Guia à equipa que decorreu no espaço comum da UCC, na data de 14 de dezembro de 2021. Posteriormente, foi feita a avaliação da apresentação por cada um dos participantes, através de um formulário de avaliação da sessão (Apêndice VI) cujo resultado é especificado no capítulo Avaliação e Controlo e se apresenta em Gráficos em Apêndice VII. Pode, contudo, concluir-se que na globalidade a avaliação foi Muito Bom.
- Disponibilização do Guia Orientador de Boa Prática à enfermeira coordenadora da UCC S em formato de papel e formato digital, à data do dia da apresentação do mesmo;
- Criação de um Formulário de Referenciação (Apêndice VIII) e criação de um Fluxograma de Articulação (Apêndice IX) no sentido da promoção da comunicação bidirecional entre as equipas da UCC e das UF, e assim, melhoria da intervenção dos

enfermeiros no Projeto Linha 65. Ambos foram divulgados na sessão de apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 e disponibilizados à enfermeira coordenadora em formato digital;

- Realização de reunião com um enfermeiro da EPVA, que já possui um elemento de referência em cada UF, no sentido de criar parceria e que esse elemento seja designado como elemento de referência também para o Projeto Linha 65. Decorreu num gabinete da UCC, de forma individualizada, à data de 29 de novembro de 2021;
- Marcação de reunião com a coordenadora da EPVA no sentido de criar a parceria com o Projeto Linha 65, para a determinação dos elementos de referência;
- Envio de email a todos os profissionais de saúde das UF com o intuito de dar conhecimento sobre o Projeto Linha 65 e os instrumentos criados no sentido de facilitar a comunicação entre todos.

Os recursos utilizados foram, recursos humanos, nas pessoas das duas enfermeiras diretamente ligadas ao Projeto Linha 65, da enfermeira integrada na equipa da EPVA, do coordenador do Projeto Linha 65 (aquando da elaboração do guia para a descrição do Projeto Linha 65), das enfermeiras entrevistadas; o recurso tempo ao longo de todo o período de estágio e os recursos de transporte para as VD e informáticos disponíveis na UCC, para elaboração do projeto de intervenção.

#### **5.6.1. Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65**

A elaboração de um Guia Orientador de Boa Prática no âmbito do projeto de intervenção surgiu de uma necessidade sentida e expressa pela equipa de enfermagem da UCC S. Em reunião formal com a enfermeira coordenadora da UCC S e uma enfermeira diretamente ligada ao Projeto Linha 65 foi referido que, apesar de existirem orientações para a atuação dos enfermeiros no referido Projeto, não existiam de um modo formal, num documento específico. Foi, então, expressa a necessidade de criar esse documento formal que contivesse uma pesquisa atualizada sobre os principais problemas da população pessoa idosa e, principalmente, as orientações para a intervenção do enfermeiro, de forma a torna-la uniforme e na ótica de um protocolo. Neste sentido, foi construído o Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 (Apêndice II), dirigido aos enfermeiros da UCC S, com o principal objetivo de criar um documento formal, com informação atualizada, compilada e organizada, num formato acessível a todos os profissionais. Para além disso, a UCC S recebe frequentemente estudantes em diferentes níveis de estudo e com o Guia torna-se facilitador o conhecimento do Projeto Linha 65, o que se verificará igualmente para novos elementos que integrem a equipa.

Para responder à necessidade mencionada foi feito o enquadramento teórico da temática pessoa idosa e envelhecimento, onde se insere a definição de pessoa idosa, o conceito de envelhecimento, a caracterização do envelhecimento em Portugal e no Concelho onde se desenvolve o Projeto e a contextualização do conceito de envelhecimento ativo e saudável considerando a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 da DGS. Foram ainda descritos os problemas e riscos da pessoa idosa (os apresentados neste relatório). Apesar de se verificarem outros problemas de igual relevância e com a mesma necessidade de intervenção, os abordados são aqueles que prevalecem no Concelho S, dentro do Projeto Linha 65, o que foi compreendido através da análise da Base de Dados Linha 65<sup>1</sup>, quanto ao Motivo de Sinalização. Considerando que os problemas da pessoa idosa surgem maioritariamente por desrespeito aos seus direitos, foi criado um capítulo sobre legislação, onde são referidos os seus direitos em específico, segundo a APAV. Esse capítulo contém ainda informação relativa ao Regime Jurídico do Maior Acompanhado, por ser essencial o conhecimento desta Lei no apoio à pessoa idosa.

Naturalmente, existe um capítulo dedicado à caracterização do Projeto Linha 65 e, nele incluído, a intervenção do enfermeiro no referido Projeto, que se encontra descrita consoante as variadas ações desenvolvidas. É descrito o que é realizado durante a visita domiciliária; como é realizada a consulta de informações e registos no Programa SClinico; como é realizada a consulta no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) e a consulta de informações clínicas; é feita a descrição do procedimento a realizar no programa SClinico e a descrição em forma de passos de como se realiza o processo de enfermagem também no programa informático referido; é apresentado o exemplo de um email, quando é feita a articulação com as UF; é apresentada a Base de Dados Linha 65 e a forma como deve ser preenchida; é apresentado um fluxograma de intervenção do enfermeiro criado por nós, de forma a criar uma visualização rápida e eficaz dessa intervenção; e, por fim, é apresentado o fluxograma de articulação, também desenvolvido durante o estágio e que surgiu como uma das atividades desenvolvidas para responder a um objetivo específico levantado no projeto de intervenção.

É de ressaltar que, com o objetivo de facilitar a compreensão dos passos a seguir no programa SClinico, uma vez que a sua descrição seria provavelmente exaustiva, foram criados *Print Screen's* com cada uma das etapas a seguir. Considerou-se facilitador a utilização de imagens rapidamente identificáveis ao trabalhar com o sistema informático.

---

<sup>1</sup> **Base de Dados Linha 65** – é uma base de dados onde são inseridos os dados de todos os utentes seguidos pelo Projeto Linha 65 (Nome, SNS/UF/Médico de Família, Morada, Contactos, Motivo de Sinalização, Datas das Visitas, Dados do Plano de Vacinação, Sexo e Idade, Resposta e Alta. Esta base de dados é de extrema importância na vigilância epidemiológica realizada anualmente.

Deste modo, surgiu a criação de um instrumento de qualidade, envolvendo o conceito da PBE (apresentado anteriormente) uma vez que os enfermeiros devem basear a sua atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes (OE, 2007).

A informação e as orientações contidas no Guia Orientador de Boa Prática -Linha 65 têm em conta a evidência científica disponível, proveniente da consulta de fontes de fidedignas, de estudos sistemáticos e representativos no domínio em causa (através de uma revisão da literatura) e da opinião de especialistas, neste caso, os próprios enfermeiros da UCC S. Para além disso, foca-se num tema pertinente e abrangente – A pessoa idosa, correspondendo às expectativas da equipa de enfermagem (ter um documento formal, atualizado, organizado e disponível).

Foi definida uma apresentação simples, com conteúdo atual, abordado de forma precisa, sintética e clara, utilizando linguagem simples e uma forma facilitadora de leitura.

### **5.7. Aspetos Éticos**

Na prestação de cuidados de enfermagem estão inerentes aspetos éticos, sob uma ótica da Ética de Enfermagem.

O enfermeiro age de forma particular focando-se na pessoa/grupo/comunidade, no seu todo, numa relação contínua com princípios e valores.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 99º- Princípios Gerais, enuncia que *“as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)”* (OE, 2015, p.77). No ponto 3 do mesmo artigo, são especificados os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, referindo-se à Responsabilidade, ao Respeito pelos Direitos Humanos e à Excelência do Exercício da Profissão, princípios que foram tidos em consideração ao longo de todo o período de estágio e elaboração do Projeto.

Relativamente aos deveres e, em particular, ao “dever para com a comunidade”, implícito no artigo 101º do referido estatuto, *“O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade”* (OE, 2015, p.78). Neste sentido, a realização do Projeto baseou-se nas necessidades da população, utilizou a estratégia do EC como forma de participar na orientação da população na busca de soluções para os problemas e existiu

a nossa colaboração com outros profissionais, particularmente a população-alvo, num Projeto específico- Projeto Linha 65.

Quanto do “dever da informação”, inserido no artigo 105º do estatuto, foi tido em consideração o respeito, a defesa e a promoção do consentimento informado relativamente à realização das entrevistas. A apresentação e divulgação do Guia Orientador de Boa Prática respondeu ao dever de informar “*sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter*” (OE, 2015, p.80).

Foi igualmente cumprido o dever do sigilo – artigo 106º - que obriga o enfermeiro a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão. Este foi cumprido mantendo o anonimato das enfermeiras que participaram nas entrevistas, da enfermeira da EPVA e do anonimato da própria unidade onde foi realizado o estágio. Toda a informação consultada em programa SClínico, referente aos utentes abrangidos pelo Projeto Linha 65, se mantém em sigilo e não foi partilhada em qualquer parte do Projeto. Houve também a proteção da identidade da enfermeira que nos permitiu fazer *Print Screen* no programa SClínico, através da ocultação do seu nome nas imagens presentes no Guia Orientador de Boa Prática.

## **5.8. Avaliação**

A avaliação é a última fase do planeamento em saúde e tem como função determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos, para uma possível adequação se necessário das estratégias futuras a adotar e/ou reformulação de objetivos (Tavares, 1990) Desta forma, a “*(...) avaliação necessita da determinação cuidadosa de situações que conduzam a conclusões sensatas e propostas úteis*” (Imperatori e Giraldes, 1993 p127.).

A avaliação tem como finalidade melhorar os projetos e orientar a distribuição dos recursos com base na informação que a experiência fornece. Para esta fase é importante que a informação recolhida esteja registada/documentada, sendo que a qualidade da avaliação é determinada pela qualidade da informação utilizada, (Imperatori e Giraldes, 1993, pág. 132).

Para o presente projeto, devido ao seu limite temporal, a avaliação incidiu nos indicadores de atividade, possíveis de obter a curto prazo, sendo que o período de tempo estabelecido para a intervenção comunitária e sua avaliação foi limitado ao tempo de Estágio.

A avaliação realizada encontra-se no Quadro seguinte (Quadro 4).

**Quadro 4 – Avaliação com base nos Indicadores de Atividade**

<b>Objetivos Operacionais</b>	<b>Atividades Desenvolvidas</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Resultado</b>
A- Que o documento formal sobre o Projeto Linha 65 seja elaborado até ao final do Estágio	1 – Elaboração do Guia Orientador de Boa Prática -Linha 65	Guia Orientador de Boa Prática- Linha 65 elaborado até ao final do Estágio	Atingido
B- Que 80% da equipa da UCC S conheça o Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65	2 - Realização de uma sessão de apresentação do Guia Orientador de Boa Prática aos enfermeiros da UCC S	Nº de enfermeiros participantes na sessão/Nº total de enfermeiros da UCC S x100	100%
	3 – Fornecer o Guia Orientador de Boa Prática em formato físico e em formato digital à equipa da UCC S	Nº de enfermeiros com acesso ao Guia/Nº total de enfermeiros da UCC S x 100	100%
C - Que 90% dos profissionais de saúde das UF tenham conhecimento sobre a Linha 65 e o seu âmbito	4 - Envio de email a todos os profissionais de saúde das UF	Nº de profissionais que receberam/responderam ao email/ Nº total de emails enviados x100	Não avaliado
D - Que 80% dos profissionais de saúde utilizem as ferramentas desenvolvidas para facilitar a comunicação entre si	5 - Criação de um formulário de referênciação	Nº de profissionais de saúde que utilizam as ferramentas desenvolvidas/ Nº de profissionais de saúde com conhecimento sobre as ferramentas desenvolvidas x100	Não avaliado
	6 - Construção de um fluxograma de articulação entre a UCC S e as UF		

E – Que seja realizada pelo menos uma reunião para a criação de elementos de referências nas UF	7 - Realização de 2 reuniões com enfermeiros das UF para a criação de elementos de referência	Obter a designação de elementos de referência	50% Não atingido
---	---	---	---------------------

Relativamente ao objetivo operacional A, verifica-se que foi atingido, uma vez que o Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 ficou concluído antes da data final do estágio, possibilitando assim cumprir o objetivo operacional B. Este objetivo foi superado (uma vez que foi esperado 80%) em 100%, com a participação de todos os enfermeiros na divulgação do Guia Orientador de Boa Prática e no seu acesso após a sua disponibilização.

De referir que foi realizada a avaliação da sessão de divulgação do Guia, no final da mesma, e que obteve uma avaliação global de Muito Bom, traduzida em 79%. Foram ainda colocadas outras três questões, todas classificadas no Muito Bom, nomeadamente:

- *Considera que o conteúdo apresentado foi útil para o desempenho das suas funções?:* 64% consideraram Muito Bom
- *Considera que o tempo de duração da sessão, relativamente aos objetivos determinados, foi o adequado?:* 57% consideraram Muito Bom
- *Classifique quanto à clareza e a objetividade na exposição?:* 64% consideraram Muito Bom.

Em Apêndice (VII), encontram-se os gráficos que traduzem a totalidade das respostas dadas a este inquérito, apresentadas em percentagens.

Quanto aos restantes objetivos, não foram passíveis de ser avaliados uma vez que não foi feito o envio do email a todos os profissionais de saúde das UF em tempo útil de estágio, pela dificuldade de obtenção dos contactos dentro do período de estágio. Ficou em plano na UCC S e à responsabilidade da enfermeira coordenadora em fazer cumprir este objetivo. Do mesmo modo, embora os instrumentos desenvolvidos – Formulário de Referenciação e Fluxograma de Articulação – tenham sido divulgados e disponibilizados à equipa da UCC S, não foi possível avaliar a sua utilização pelo limite temporal do estágio. Eles estarão disponíveis e a avaliação será feita à posteriori pela enfermeira coordenadora da UCC S. Por fim, não foi possível avaliar a designação dos elementos de referência uma vez que, embora tenha existido uma reunião formal com uma enfermeira da EPVA no sentido de criar uma parceria com esta equipa e utilizar os mesmos elementos de referência que a referida equipa utiliza (atingido o objetivo em 50% por ter sido realizada apenas uma reunião), não houve disponibilidade por parte da enfermeira coordenadora da equipa em realizar uma reunião para formalizar esta designação. Ela mostrou-se interessada, mas a reunião não foi marcada dentro do tempo de estágio. Ficou a cargo da enfermeira coordenadora manter este objetivo.

## **6. Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e das Competências de Mestre**

Os cuidados de Enfermagem, assim como, todos os cuidados de saúde, reconhecem atualmente uma maior relevância e “(...) *exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde*” (OE, 2019). Considera-se um enfermeiro especialista “(...) *aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)*” (OE, 2019).

Ao longo do percurso académico que foi o Estágio Final e o Relatório objetivou-se o desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e de Competências de Mestre.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista- apresento os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e a forma como as desenvolvemos:

**a) Responsabilidade profissional, ética e legal** – Assumimos sempre uma postura profissional e responsável atendendo à excelência do exercício profissional, promovendo práticas de cuidados com respeito pelos direitos humanos e agindo de acordo com as leis previstas para a profissão.

**b) Melhoria contínua da qualidade-** A melhoria contínua da qualidade foi, igualmente, considerada no desenrolar deste projeto de intervenção comunitária, através da elaboração do Guia Orientador da Boa Prática, que teve o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados. O Guia Orientador é “(...) *um instrumento de qualidade, que permite aos Enfermeiros basear o seu exercício profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados mais seguros, visíveis e eficazes (...)*” (OE, 2008).

**c) Gestão dos cuidados** – foi desenvolvida adequando os recursos existentes no contexto, gerindo os cuidados a prestar em cada situação e assumindo um papel de liderança em diferentes momentos, particularmente no desenvolvimento do Projeto de Intervenção Comunitária.

**d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais** – a elaboração do Projeto em si constituiu a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos sobre uma temática e um contexto anteriormente desconhecidos na prática.

Relativamente às Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, implícitas no Regulamento nº 428/2018, foram igualmente adquiridas gradualmente no desenrolar deste percurso académico, do seguinte modo (OE, 2018):

**a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade** – para a realização do Projeto foi necessária a avaliação prévia das necessidades da população-alvo e foi utilizada a Metodologia do Planeamento em Saúde, segundo o autor Tavares (1990), que se encontra descrita no presente relatório.

**b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades** - para além do Projeto realizado ter sido direcionado para o grupo enfermeiros da UCC S, com base no empoderamento comunitário, tivemos a oportunidade de trabalhar com o grupo de idosos, aquando a intervenção direta no Projeto Linha 65, entendendo na prática a importância da atuação do enfermeiro especialistas em saúde comunitária e de saúde pública. Para além disso, participamos, em parceria com outra instituição da comunidade, uma IPSS (a IPSS responsável pelo Projeto Linha 65 já que a UCC S trabalha em parceria com esta no âmbito da saúde) e com a rede social nela existente.

**c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS)** – o Projeto de Intervenção desenvolvido no âmbito do Projeto Linha 65 da UCC S, permitiu um trabalho direto com a população idosa, possibilitando incidir sobre objetivos específicos do PNS como: diminuir a morte prematura e aumentar o bem-estar e esperança de vida saudável. Possibilitou ainda o conhecimento sobre o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Ademais, colaboramos na elaboração de instrumentos facilitadores de comunicação (Formulário de Referência e Fluxograma de Articulação) entre os serviços de saúde (a UCC e as UF).

**d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** – Para a contextualização das pessoas idosas no Concelho onde se localiza a UCC S e para demonstrar o progressivo envelhecimento dessa população, recorremos a dados epidemiológicos que são apresentados no Guia Orientador de Boa Prática e neste relatório. Para além disso, procedemos à atualização da Base de Dados Linha 65, ferramenta existente na UCC S, onde são inseridos os dados de todos os utentes seguidos pela Linha 65, mas que serve igualmente para a vigilância epidemiológica desse grupo.

Por fim, foram adquiridas as competências de Mestre previstas no Decreto-Lei n.º 74/2006 ao desenvolver o já referido Projeto de Intervenção Comunitária, demonstrado possuir conhecimentos e capacidade de compreensão baseados nos

conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os. Conseguimos desenvolver e aplicar esse conhecimento durante a implementação do projeto de intervenção, num contexto comunitário específico, avaliando o estado de saúde da população-alvo e aplicando os conhecimentos para a resolução dos problemas identificados, numa situação nova e não familiar, num contexto alargado e multidisciplinar, ainda que estivesse relacionada com área de estudo em causa. Intervimos num contexto de elevada complexidade, integrando os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo intervenções comunitárias, tendo em conta as implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí advêm. Foram comunicadas conclusões, principais raciocínios e conhecimentos, quer a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades.

No decorrer da atividade letiva, desenvolvemos atividades paralelas que contribuíram para o enriquecimento dos conhecimentos e do exercício profissional, o que permitiu divulgar a informação científica, tendo por base os princípios e competências do enfermeiro especialista e de mestre, particularmente com a apresentação de um póster, no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem- Enfermagem Especializada: Um Valor em Saúde, no dia 26 de novembro de 2021, intitulado *Impacto da pandemia (COVID-19) nas crianças e nos adolescentes* (Apêndice X), com autoria(s): *Cristina Belourico; Marisa Fernandes; Beatriz Tiago; Ana Patrício; Cândida Ferrito.*

## 7. Conclusão

Segundo estimativas da OMS, em termos globais o número de pessoas com mais de 65 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor perto dos 34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 65 ou mais anos de idade (Fonseca, 2018).

Indicadores como o índice de envelhecimento, o índice de dependência de idosos e o índice de dependência total denotam uma tendência crescente do envelhecimento em Portugal e das suas consequências na sociedade em geral, uma vez que os seus valores continuam a aumentar com o passar dos anos. Este facto, cria um forte impacto na sociedade em geral e exige adaptações e respostas em diversos setores, nomeadamente nos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transportes, que constituem sistemas de suporte (DGS, 2017).

Os cuidados de saúde primários adquirem um papel preponderante no processo, com o dever de envolver a comunidade numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos. Isto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população.

A realização deste Projeto de Intervenção Comunitária visou dar resposta a uma necessidade da população-alvo, equipa de enfermagem do ACES, com especial incidência nos enfermeiros da UCC S, uma vez que otimizando a sua intervenção no Projeto Linha 65 poderá igualmente otimizar a satisfação das necessidades da população pessoas idosas através de uma Prática Baseada na Evidência.

O Guia Orientador de Boa Prática envolveu uma revisão integrativa da literatura, tornando-se num suporte com evidência científica, possibilitando-nos igualmente o desenvolvimento e fomentação de conhecimento acerca da temática.

A metodologia de Planeamento em Saúde de António Tavares (1990) foi a metodologia utilizada para a sua elaboração, um instrumento de trabalho essencial, que permitiu desenhar e executar cada fase, permitindo a sua concretização.

A utilização do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário de Pedro Melo foi igualmente adequada ao projeto, uma vez que o conceito de Empoderamento Comunitário foi um conceito-chave ao longo de todo este caminho, essencial na capacitação da população-alvo na tomada de decisão para a resolução dos seus próprios problemas.

*“Capacitar grupos e comunidades no contexto da saúde é desiderato desde 1986, quando na carta de Ottawa, é proposta como definição de promoção de saúde o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar” (Melo, 2020; OMS, 1986).* No caso em estudo, a comunidade sobre a qual recaiu a intervenção foram os Enfermeiros e, é nessa comunidade em concreto, que é fundamental existir investimento, pois são estes profissionais de saúde que asseguram uma parte muito significativa da prestação de cuidados de saúde, tornando-os uma “peça” essencial para qualquer sistema de saúde. Logo, é importante que exista uma atualização contínua e especializada ao longo do exercício profissional, de forma a tornar a prestação de cuidados mais segura e com maior qualidade, o que se refletirá em ganhos de eficiência e de efetividade em saúde.

Com a realização deste relatório, espera-se ter conseguido ilustrar a experiência e os conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo de todo o percurso, tornando-o enriquecedor e uma mais valia para a nossa formação profissional e também pessoal.

A realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi a concretização de um projeto profissional, numa área de eleição, tendo sido um processo desafiante, motivador e até, por vezes, inquietante por nos fazer sair totalmente da nossa zona de conforto, mas que nos trouxe um enriquecimento profissional e pessoal inigualáveis.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, M., Vilar, A.I., Silva Rocha Cantante, A.P., Borges, E., Araújo, F., Bastos, F., Teixeira, M., Peixoto, M. J., Sousa, M.R., Freire, R.M.A., Martins, T., Sarmiento, T. Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária. Livro de resumos. 2016
- ACES AS (2013). *Plano Local de Saúde de AS 2013-2016*.
- ACES AS. (2020). *Plano Local de Saúde AS 2017-2020*.
- Agudelo-Cifuentes, M.-C., Cardona, D., Segura, A., Restrepo-Ochoa, D., Muñoz Rodríguez, D., Segura, A., & Jaramillo, D. (2020). Vulneración a la integridad física de personas mayores: prevalencia del maltrato y factores asociados. *El Ágora USB*, 20(2), 129–139. <https://doi.org/10.21500/16578031.4568>
- Almeida, A. M. G. (2017). *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas: implicações para os cuidados de enfermagem*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24191>
- Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. de, & Amancio, V. dos S. (2019). Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180159>
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência. APAV. ISBN 978-972-8852-32-0
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. 2014 – Direitos da Pessoa Idosa - disponível em <https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/direitos-da-pessoa-idosa> 5), acessado a 29 de Novembro de 2021
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. E., Vítima, C. D. A., & Vitimação, C. D. A. (2020). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2020*.
- Bao, J., Chua, K. C., Prina, M., & Prince, M. (2019). Multimorbidity and care dependence in older adults: A longitudinal analysis of findings from the 10/66

study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6961-4>

Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):337-44.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>

Barbosa, J.M.F.N. (2020). Os direitos da pessoa idosa – O novo regime jurídico do maior acompanhado. Relatório de estágio realizado na AMPMV – Associação Mais Proximidade Melhor Vida, com vista à obtenção do grau de Mestre em Direito na especialidade de Direito Forense e Arbitragem. Nova School of Law

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Batista, E. C., Matos, L.A.L., Nascimento, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980- 7031

Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Are loneliness and social isolation associated with quality of life in older adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>

Bezerra, P. A., & Nunes, J. W. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa Aging and social isolation: an integrative review Envejecimiento y aislamiento social: una revisión integradora. *Acta Paul Enferm*, 34, 2661. <https://orcid.org/0000-0003-0827-3882LeidesBarrosodeAzevedoMoura2https://orcid.org/0000-0002-1208-4569>

Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saude Publica*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>

Carneiro, A., Roque, A., & Bugalho, A. (2007). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. *Centro de Estudos de Medicina Baseada ...*, 0–116. Disponível em <https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>

Carneiro, A., Roque, A., & Bugalho, A. (2007). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. *Centro de Estudos de Medicina Baseada ...*, 0–116. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+de+Elabora+o,+Dissemina+o+e+Implementa+o+de+Normas+de+Orienta+o+Cl+nica#0>

CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em: [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)

Cohen-Mansfield, J., & Eisner, R. (2020). The meanings of loneliness for older persons. *Aging and Mental Health*, 24(4), 564–574. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571019>

CT – Linha 65 disponível em <https://sites.google.com/site/uccdosexial/carteira-de-servicos/linha-65>

Decreto-Lei 74/2006. (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário Da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*, 2242–2257. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

Diário da República. (2018). Lei nº49/2018. *Diário Da República*, 156(1), 4072–4086.

Dias, K. M., Herdman, T. H., Ferretti-Rebustini, R. E. de L., Lopes, C. T., & Santos, E. R. Dos. (2020). Relationships between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Einstein (Sao*

Paulo, Brazil), 18, eAO5445.  
[https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO5445](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5445)

Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52.  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral Da Saúde - Divisão De Doenças Genéticas, Crónicas E Geriátricas*, 1(1), 1–28.  
<http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>

Ferrito, C. (2007). Enfermagem baseada na evidência: estudo piloto sobre necessidades de informação científica para a prática de enfermagem. *Percursos*, 2, nº3.

Fonseca, A.M. (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.  
[https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing\\_in\\_place\\_web.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf)

Garcia, T.R; Nóbrega, M.M.L. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em [http:// www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm](http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm) acedido a 24 de Novembro de 2021

Gavasso, W.C. & Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e morbididades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 399–409.

Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Profiles of loneliness and social isolation in urban population. *Atencion Primaria*, 52(4), 224–232.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A. I., & Vieira, D.

- N. (2015). A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234–1246. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614><http://dx.org/1025100/cm.v50i2.4121>
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993) Metodologia do planeamento em saúde. (3ªedição). Lisboa: ENSP: Edições da Saúde.
- INE – Instituto Nacional de Estatística I.P. 2003. disponível em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=925&lang=PT> acessado a 7 de Outubro de 2021
- INE – Instituto Nacional de Estatística I.P. 2015. disponível em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700> acessado a 10 de Outubro de 2021
- Instituto da Segurança Social, I.P. Guia Prático (2017) - Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Instituto da Segurança Social, I.P. 2017. N35J – V4.11
- Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., Grazziano, E. da S., & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614–620. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
- Laverack, G. (2005). Using a 'domains' approach to build community empowerment. *Community Development Journal*, 41(1), 4-12. doi: 10.1093/cdj/bsi038
- Laverak, G. (2008). Promoção da Saúde - Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta.
- Lobo, A. de J. S., Santos, L., & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913–919. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Aschwanden, D., Lee, J. H., Stephan, Y., & Sutin, A. R. (2020). Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 794–801. <https://doi.org/10.1002/gps.5304>

- Melo, P. M. de A., Silva, R. C. G. da, & Figueiredo, M. H. da S. J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo TT - Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study TT - Los focos de atención en enfermería comunitaria y el e. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(19), 81–90. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832018000400009&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn19/serIVn19a09.pdf](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400009&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn19/serIVn19a09.pdf)
- Melo, P. *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa, Portugal: Lidel. 2020. ISBN 978-989-752-477-6
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. (Outubro/Dezembro de 2018). *Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo*. Obtido de <https://doi.org/10.12707>
- Mendes, F. & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Millenium*, 2(ed espec n°2), 135-140.
- Minayo, S. (2010). *Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação*. São Paulo: Hucitec.
- Morrondo, P. N. (2000). *Promoción de la salud. - Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill
- Ocampo-Chaparro; JM, Reyes-Ortiz RA, Castro-Flórez X, Gómez F. *Colomb Med.* (Cali). 2019; 50(2): 89-101
- Oliveira, A. A. V. de, Trigueiro, D. R. S. G., Fernandes, M. das G. M., & Silva, A. O. (2013). Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 128–133. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000100020>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações Para a Elaboração. Comissão de Formação*, 2–12. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guias Orientadores de Boas Práticas disponíveis na Área Reservada do site da OE*. Obtido de Guias Orientadores de Boas Práticas: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guias-orientadores-de-boas-pr%C3%A1ticas-dispon%C3%ADveis-na-%C3%A1rea-reservada-do-site-da-oe/>
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Classificação Internacional para a prática da Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE Versão2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3-11-2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf) acedido a 5 de Outubro de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (2015) - Lei nº 156/2015 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República Nº 181 /2015, Série I*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 428/2018. *Diário Da República, 2ª série*(135), 19354–19356.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República, 2ª Série, nº26*, 4744–4750.
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde.  
1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá
- Organização Mundial de Saúde (1997). A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI
- Organização Mundial de Saúde (2001). Community participation in local health and sustainable development. European Sustainable Development and Health Series: 4.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde*,  
Geneva

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e  
Saúde.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6)

Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 55–62.  
<https://doi.org/10.12707/riii11146>

Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. (2020). Self-care dependency assessment: an exploratory study of the phenomenon in community. *Revista Rol De Enfermeria*, 43(1), 486–492.

Philip, K. E. J., Polkey, M. I., Hopkinson, N. S., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study. *Scientific Reports*, 10(1), 1–10.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-020-70483-3>

Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>

PORDATA. 2021. Disponível em  
<https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>  
acedido a 27 de Setembro de 2021

Santos AMR, Nolêto RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMLR, Bonfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentar study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03417. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>

- Santos, M. A. B., Moreira, R. da S., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & Silva, V. de L. (2020). Factors associated with elder abuse: A systematic review of the literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(6), 2153–2175. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>
- Schrepft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. de S. B. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637–652. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- Silva, G. C. N., Almeida, V. L., de Brito, T. R. P., Godinho, M. L. S. da C., Nogueira, D. A., & Chini, L. T. (2018). Violence against elderly people: A documentary analysis. *Aquichan*, 18(4), 449–460. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.7>
- SNS – Serviço Nacional de Saúde. (2019) disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidao-em-idosos/> acessado a 18 de Novembro de 2021
- SNS 1 - Serviço Nacional de Saúde 24. (2021). Guia de Saúde, A solidão e o isolamento social. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social> acessado a 18 de Novembro de 2021
- SNS 2 (2021) disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/> acessado a 20 de Novembro de 2021
- SNS, 2021 em <https://transparencia.sns.gov.pt>
- Soares, A. P., & Amador, S. (2017). Portugal Saúde em Números 2017 | Número 5. *Revista Científica Da Direção-Geral Da Saúde*, 5, 1–35.

Souza MT, Silva MD & Carvalho R. (2010) - *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLtBx/?format=pdf&lang=pt>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). New York: Lusodidata.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa:Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

UCC S (2019) – Relatório de Atividades

UCC S disponível em <https://sites.google.com/site/uccdosexal/carteira-de-servicos/linha-65>

World Health Organization – WHO (2010) Falls. Fact sheet N° 344 disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls> acessado a 19 de Novembro de 2021

World Health Organization. *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva: WHO; 2008

World Health Organization. *Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Spain, April, 2002.

World Health Organization. *Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*. Geneva: WHO.2014

# Apêndices

## **Apêndice I – Cronograma de Atividades**

**Apêndice I – Cronograma de Atividades**

Cronograma de Atividades				
Mês	setembro	outubro	novembro	dezembro
Atividades				
Revisão Bibliográfica				
Reunião formal com enfermeira coordenadora/enfermeira orientadora				
Participar nas VD no âmbito do Projeto Linha 65				
Diagnóstico de Situação				
Definição de Prioridades				
Fixação dos Objetivos				
Seleção de Estratégias				
Elaboração do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65				
Divulgação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65				
Elaboração do formulário de Referenciação				
Elaboração do Fluxograma de Articulação				
Avaliação				

**Apêndice II – Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65**

# *Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65*



Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) - [REDACTED]  
dezembro de 2021

**Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa De Lisboa**

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO:

Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde  
Pública

1º Ano, 3º Semestre, Turma 14

**Unidade Curricular Estágio Final e Relatório**

***Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65***

**Discente:**

Marisa Duarte Fernandes, nº 192020062

**Docente Orientadora:**

Professora Doutora Cândida Ferrito

**Enfermeira Orientadora:**

Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Vera Tiago

 dezembro de 2021

**Ficha Técnica:**

Unidade de Cuidados na Comunidade do [REDACTED]

Universidade Católica Portuguesa

Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde

14º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**Título:**

Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65

**Autoria:**

Marisa Fernandes

**Coautoria:**

Vera Tiago

Cândida Ferrito

**Data:**

Dezembro de 2021

## **Siglas e Acrónimos**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

AMA – Agência para a Modernização Administrativa

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

[REDACTED]  
AURPI - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos

AURPIFF - Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos [REDACTED]

AVD – Atividade(s) de Vida Diária

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

COVID – 19 – Corona Virus Disease 2019

CPR – Constituição da República Portuguesa

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

EPVA – Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

GNR – Guarda Nacional Republicana

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MP – Ministério Público

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PLS – Plano Local de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE AP – Registo de Saúde Eletrónico – Área do Profissional

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

TSS – Técnica de Serviço Social

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UF – Unidade(s) Funcional(ais)

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visita(s) Domiciliária(s)

WHO- World Health Organization

## Índice

0. Introdução .....	8
1. Enquadramento Teórico .....	10
1.1. Definição de Pessoa Idosa .....	12
1.2. O Conceito de Envelhecimento .....	12
1.3. O Envelhecimento em Portugal .....	13
1.4. O Envelhecimento no Concelho [REDACTED] .....	16
1.5. Envelhecimento Ativo e Saudável .....	20
1.6. Problemas e Riscos da Pessoa Idosa .....	22
1.6.1. Isolamento social e solidão .....	23
1.6.2. Violência .....	26
1.6.2.1. Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos (EPVA).....	31
1.6.3. Vulnerabilidade .....	34
1.6.4. Situação de Dependência .....	36
1.7. Legislação .....	40
1.7.1. Direitos da Pessoa Idosa .....	40
1.7.2. Regime Jurídico do Maior acompanhado.....	44
2. Projeto Linha 65 .....	46
2.1. Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65.....	48
2.1.1. Visita Domiciliária (VD) .....	49
2.1.2. Consulta de Informações e Registos.....	52
2.1.3. Consulta RSE AP.....	52
2.1.4. Consulta de Informação Clínica .....	54
2.1.5. Procedimento em SClínico.....	56
2.1.6. Processo de Enfermagem em SClínico.....	67
2.1.7. Email de Articulação com Equipa de Família .....	72
2.1.8. Base de Dados Linha 65.....	73
2.1.9. Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65.....	77
2.1.10. Fluxograma de Articulação.....	79
3. Considerações Finais .....	81
4. Referências Bibliográficas .....	83
Apêndices .....	89
Apêndice I – Formulário de Referenciação.....	90
Apêndice II – Base de Dados Linha 65.....	92
Apêndice III – Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática...	94
Anexos.....	107

Anexo I – Programa Nacional para as Pessoas Idosas .....	108
Anexo II – Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 .....	110
Anexo III – Regime Jurídico do Maior Acompanhado .....	112

## 0. Introdução

O presente documento surge no âmbito de um Projeto a desenvolver com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, previsto na metodologia de avaliação do 2º Estágio da Especialidade, no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, inserida no 3º Semestre do 14º Curso de 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.

O estágio foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED] [REDACTED] no período temporal entre o dia 6 de setembro de 2021 e 18 de dezembro de 2021.

No início do mesmo, no seguimento de uma reunião formal com a enfermeira orientadora e simultaneamente coordenadora da UCC e outra enfermeira envolvida no Projeto Linha 65, foram identificadas as seguintes necessidades de saúde: **necessidade de desenvolvimento de um documento formal, atual e acessível a todos os profissionais de saúde da UCC sobre o Projeto Linha 65 e a carência de melhoria da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, particularmente na articulação com as Unidades Funcionais (UF).**

Neste sentido foi desenvolvido este guia, intitulado Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65, cujo principal objetivo foi desenvolver uma atividade com o intuito de responder a necessidades de saúde expressas e sentidas pelos enfermeiros da referida Unidade de Saúde, população à qual se dirige o mesmo. O objetivo específico, fixado na etapa de fixação de objetivos do Planeamento em Saúde, é o de compilar informação atual e pertinente ao conhecimento da equipa de enfermagem, no sentido da otimização da sua intervenção no Projeto Linha 65. Este guia pretende ainda constituir um instrumento de qualidade basilar para a atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes.

O Guia Orientador de Boa Prática apresenta-se em vários capítulos devidamente identificados, com conteúdo considerado como o mais pertinente para a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, sendo esse o seu maior enfoque.

A sua estrutura apresenta-se por capítulos, tendo em conta uma lógica organizacional, e são designados como: Enquadramento Teórico, Projeto Linha 65, Considerações Finais, Referências Bibliográficas e, por fim, os Apêndices e os Anexos. No capítulo **Enquadramento Teórico**, é feita a conceptualização da pessoa idosa, como população-alvo do Projeto Linha 65, da temática do envelhecimento com apresentação de dados a nível nacional e a nível concelhio, dos principais riscos e

problemas das pessoas idosas e da legislação aplicável a este grupo em específico. Por sua vez, no capítulo **Projeto Linha 65**, descreve-se o projeto com base na informação disponível, numa perspetiva da prática e na perspetiva do coordenador e fundador do projeto, com o qual tive o privilégio de reunir, e onde está inserido o subcapítulo de relevância maior – *Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65*. É importante referir que neste subcapítulo (com o peso de um capítulo principal), se aborda, numa perspetiva da ação, a Visita Domiciliária (VD), a Consulta de Informações e Registos, a Consulta RSE AP, a Consulta de Informação Clínica, o Procedimento em Sclínico, o Processo de Enfermagem em SClínico, o Email de Articulação com Equipa de Família, a Base de Dados Linha 65, o Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65 e o Fluxograma de Articulação.

O *Fluxograma de Articulação*, inserido na parte da Intervenção do Enfermeiro, surgiu como resposta à segunda necessidade identificada e já referida inicialmente. Teve como contributo a articulação com a Equipa de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA), no sentido de a integrar diretamente no encaminhamento dos casos de violência sinalizados e na tentativa de criar elementos de referência nas unidades funcionais para o Projeto Linha 65, tendo como base os elementos de referência/interlocutores já existentes com o projeto da EPVA e com os quais esta equipa se articula.

Nas Considerações Finais fica uma pequena reflexão sobre a minha experiência ao longo deste estágio.

Os restantes capítulos servem para complementar a informação apresentada neste documento.

De referir que o Guia ficará disponível em formato digital e em formato físico, ambos passíveis de serem atualizados e otimizados. Para além disso, será realizada uma apresentação formal a toda a equipa da [REDACTED] acerca do documento desenvolvido, com a avaliação da mesma.

## 1. Enquadramento Teórico

A realização do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65 constitui uma atividade desenvolvida para responder uma Necessidade de Saúde identificada.

Um Guia Orientador de Boa Prática é considerado um Instrumento de Qualidade (OE,2007), tornando-se, por isso, essencial a sua existência e subsequente utilização para o desempenho de cuidados de enfermagem de excelência. Permite igualmente ser uma base para a uniformização do conhecimento teórico e para a sistematização das intervenções de enfermagem, levando a uma Prática Baseada na Evidência (PBE). A PBE consiste em integrar as melhores evidências de pesquisa à habilidade clínica do profissional e à preferência do utente (OE, 2007).

O desenvolvimento do referido guia teve como suporte as *“Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados”*, criado pela Ordem dos Enfermeiros e que é dirigido a enfermeiros, quer individualmente, quer fazendo parte de Associações ou Instituições, em qualquer domínio da Enfermagem.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.4), *“a Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos”*. A produção e a divulgação da “Boa Prática” permitirão aos profissionais o acesso a informação fidedigna e atualizada sobre procedimentos e ações relacionados a qualquer domínio da área da saúde onde seja necessária a intervenção profissional para a resolução de um problema (OE, 2007).

Para além do referido suporte, foi utilizado ainda como referência o Manual de Elaboração, Disseminação e Implementação de Normas de Orientação Clínica do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidencia da Faculdade de Medicina de Lisboa, que define as Normas de Orientação Clínica (*guidelines*) *“como um conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde, em contextos bem definidos - servem vários propósitos, quer para os profissionais de saúde, quer para os doentes, quer ainda para o sistema”* (Carneiro *et al*, 2007, p.3 ).

As *guidelines* permitem um acesso fácil à síntese da informação relevante e eficaz, fortalecem a qualidade da tomada de decisão, através da indicação de recomendações claras, servem de base de referência para programas de qualidade em saúde, assim como de referência para a prática clínica (Carneiro *et al*, 2007).

A construção do enquadramento teórico deste guia teve como base uma revisão integrativa da literatura que constitui um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza *et al*, 2010). Este método constitui basicamente um instrumento da Prática Baseada na Evidência (PBE), cuja importância foi referida anteriormente.

O capítulo Enquadramento Teórico deste guia engloba sete subcapítulos fundamentais, e em alguns, especificamente, existem outras subdivisões pertinentes. Formam a sua estrutura os subcapítulos designados como: Definição de Pessoa Idosa, de acordo com a considerada internacional e nacionalmente; O Conceito de Envelhecimento, para focar a pertinência da atuação junto da população idosa; O Envelhecimento em Portugal, com os dados e indicadores que evidenciam o processo de envelhecimento populacional; O Envelhecimento no Concelho [REDACTED] com os dados específicos relativamente à população idosa deste Concelho; Envelhecimento Ativo e Saudável, tendo por base a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, documento atual da DGS; Problemas e Riscos da Pessoa Idosa, que se subdivide nos mais prevalentes como o Isolamento social e solidão, a Violência, a Vulnerabilidade e a Situação de Dependência; Legislação, que no geral aborda os direitos de acordo com a Constituição da República Portuguesa e, particularmente, os Direitos da Pessoa Idosa e o Regime Jurídico do Maior acompanhado.

É de ressaltar que existe ainda um subcapítulo dentro do relacionado com a Violência, onde é feito o enquadramento da EPVA pela relevância da sua intervenção neste problema em particular. Para além disso, surge aqui a necessidade de contextualizar, uma vez que houve uma tentativa de parceria com esta equipa que, não tendo sido possível formalizar em tempo útil de estágio, fica em plano para ser desenvolvida pela equipa da UCC.

## **1.1. Definição de Pessoa Idosa ou Idoso**

Em Portugal, a pessoa idosa ou idoso é aquela com 65 anos ou mais de idade, enquanto segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (INE- Instituto Nacional de Estatística, 2005; WHO- World Health Organization, 2002).

## **1.2. O Conceito de Envelhecimento**

Segundo estimativas da OMS, em termos globais o número de pessoas com mais de 65 anos poderá alcançar os 22% em 2050 e atingir um valor perto dos 34% na Europa, o que significará então que um em cada três europeus terá 65 ou mais anos de idade (Fonseca, 2018).

O envelhecimento caracteriza-se por um processo natural do ciclo de vida que, sendo inevitável, deverá ser vivido como uma oportunidade de manter a saúde e a autonomia pelo maior tempo possível. Isto implica que exista uma ação no sentido da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e, especificamente, da formação dos profissionais de saúde e de outras áreas de intervenção social. A adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares e o ajuste do ambiente às fragilidades que acompanham o avançar da idade são medidas fundamentais a adotar (DGS – Direção Geral de Saúde, 2006).

O envelhecimento ao longo da vida deverá ser encarado numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, constituindo um desafio à responsabilidade individual e coletiva (DGS, 2006). Devem ser considerados os diversos fatores que são determinantes no processo de envelhecimento, nomeadamente os fatores ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo, bem como o impacto da família, da comunidade e da sociedade, que têm forte influência na forma como se envelhece. Isto demonstra que a promoção do envelhecimento ativo não se limita à promoção de comportamentos saudáveis, independentemente das condições de saúde (DGS, 2017).

Os cuidados de saúde primários adquirem um papel preponderante neste processo, com o dever de envolver a comunidade numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos. Este facto, representa um enorme desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas

desta população e, com esse objetivo, a DGS desenvolveu, em 2006, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Anexo I).

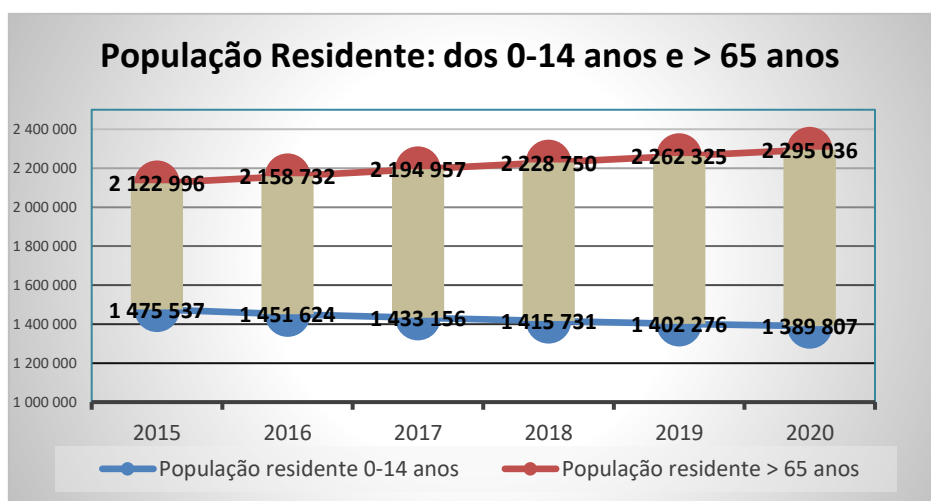
O referido Programa descreve como estratégias de intervenção a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida, a adequação dos cuidados às novas necessidades das pessoas idosas e a promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores, nos quais a promoção da sua própria saúde, autonomia e independência (DGS, 2006).

Mais recentemente, em 2017, tendo em conta a crescente necessidade de apoio ao grupo vulnerável das Pessoas Idosas, a DGS desenvolveu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025 (Anexo II). A questão do envelhecimento ativo e saudável, já abordado no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, merece um especial destaque e, por isso, será abordado, em específico, adiante.

### **1.3. O Envelhecimento em Portugal**

De entre os 28 países da União Europeia, Portugal é o 4º com maior percentagem de pessoas idosas. No ano de 2015, a população residente em Portugal era de 10 358 076 habitantes, sendo que 20,5% correspondia a pessoas com 65 ou mais anos, enquanto 14,2% tinha idade inferior a 15 anos (PORDATA, 2016 citado por DGS, 2017). Comparando com o ano de 2004 quando os dois referidos grupos representavam 16% e 16,9% da população, respetivamente, denotou-se a clara tendência para o envelhecimento da população nessa década (Eurostat, 2015 citado por DGS, 2017), tendência que se estimava permanecer (DGS, 2017). Em 2020, a população residente no país era de 10 297 100 habitantes, um número inferior ao verificado em 2015, no qual se insere a população idosa com uma percentagem de 22,3%, e as crianças com idade inferior a 15 anos numa percentagem de 13,5%. Continua, então, a verificar-se uma tendência inversamente proporcional (evidenciado no **Gráfico 1**), que demonstra o contínuo processo de envelhecimento da população residente em Portugal.

**Gráfico 1 – População Residente em Portugal: dos 0 aos 14 anos e acima dos 65 anos, de 2015 a 2020**

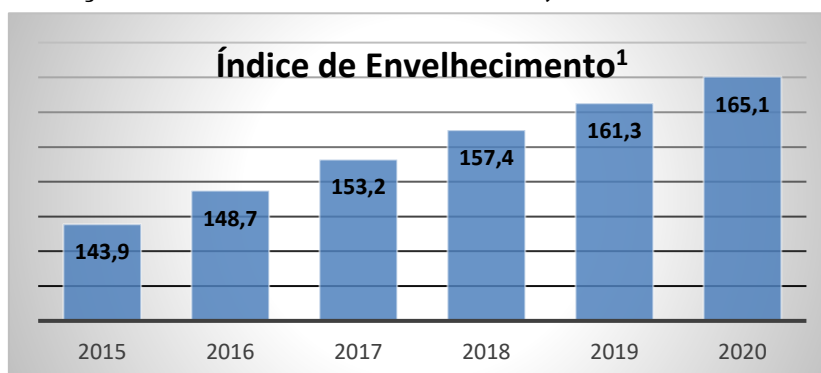


Fonte: INE, 2021

Constata-se que, no último século, têm-se verificado alterações demográficas, traduzidas pela modificação das pirâmides etárias, colocando aos governos, famílias e população em geral, diversos desafios inesperados (DGS, 2006).

O indicador índice de envelhecimento<sup>2</sup> reforça a importância dos dados apresentados anteriormente, uma vez que sofreu um aumento significativo nas últimas décadas. Dados referentes a Portugal revelam que o referido índice, em 1961 era de 27,5%, tendo crescido, em 2015, para 143,9% (DGS, 2017) e em 2020 para 165,1% (PORDATA, 2021). A tendência crescente é demonstrada no **Gráfico 2**.

**Gráfico 2: Evolução do Índice de Envelhecimento, de 2015 a 2020**

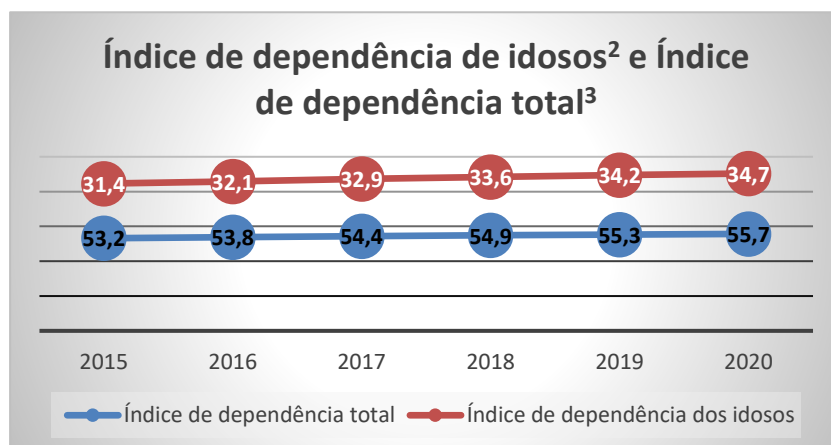


Fonte: INE, 2021

<sup>2</sup> **Índice de Envelhecimento:** Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas dos 0 aos 14 anos).

Outros indicadores como o índice de dependência de idosos<sup>3</sup> e o índice de dependência total<sup>4</sup> reforçam a tendência crescente do envelhecimento em Portugal e das suas consequências na sociedade em geral, uma vez que os seus valores continuam a aumentar com o passar dos anos. O movimento destes indicadores encontra-se representado no **Gráfico 3**.

**Gráfico 3 – Evolução do Índice de dependência de idosos e do Índice de dependência total, de 2015 a 2020**



Fonte: INE, 2021

Todos os factos apresentados provocam, evidentemente, um forte impacto na sociedade em geral e exige adaptações e respostas em diversos setores, nomeadamente nos sistemas de saúde, segurança social, educação, justiça e transporte, que constituem sistemas de suporte (DGS, 2017).

<sup>3</sup> **Índice de dependência de idosos:** Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas com 15-64 anos)

<sup>4</sup> **Índice de dependência total:** Relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas com 15-64 anos).

#### 1.4. O Envelhecimento no Concelho [REDACTED]

Considera-se pertinente a caracterização da população Pessoas Idosas no Concelho [REDACTED], para uma melhor compreensão do âmbito do Projeto Linha 65 e da população alvo ao qual é dirigido.

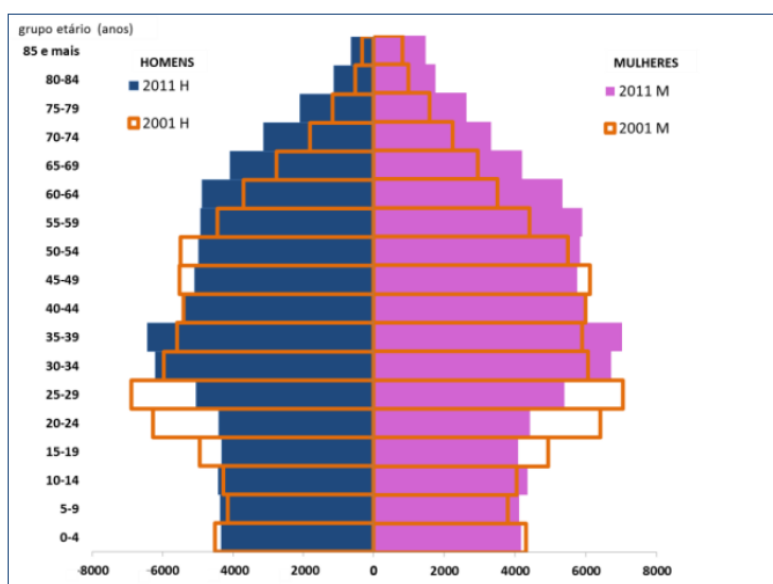
Para esta caracterização foram utilizados dados do Plano Local de Saúde (PLS) [REDACTED] 2013-2016, do PLS AS 2017-2020 e dados estatísticos de PORDATA (uma vez que o último PLS não apresenta dados específicos, em números ou percentagens para uma comparação e perceção da evolução nos últimos anos).

De acordo com o Censos 2011, residiam, à data, no Concelho [REDACTED] 158.269 habitantes (PLS AS, 2013-2016), enquanto em 2020 a população estimada correspondia a 168.154 habitantes (PORDATA, 2021). Foi notável o aumento populacional neste Concelho.

A estrutura etária deste Concelho encontra-se a sofrer um processo de envelhecimento relevante, objetivado pelo aumento significativo da população idosa. Em números, em 2001 existiam 15.127 pessoas no grande grupo etário a partir dos 65 anos, em ambos os sexos, e em 2011 verificou-se a existência de 24.433 pessoas nesse mesmo grupo (PLS AS, 2013-2016). Não se encontraram disponíveis dados mais recentes relativamente a este indicador, no PLS AS 2017-2020 nem nos dados PORDATA.

Em seguida, é apresentada a estrutura etária do Concelho em foco, em formato de pirâmide, de acordo com os dados disponíveis, onde já é notável o envelhecimento desta população.

**Figura 1 - Pirâmide etária do Concelho ██████ censos 2001-2011**



Fonte: Unidade de Saúde Pública ██████ (dados: INE, IP), 2014, adaptado de ██████ 2013-2016

No quadro (Quadro 1) seguinte são apresentados os dados relativos ao índice de dependência de idosos<sup>5</sup> e ao índice de envelhecimento<sup>6</sup>, segundo o PLS 2013-2017.

**Quadro 1 – Índice de dependência de idosos e índice de envelhecimento (de 2001 a 2011)**

Indicadores	2001	2011
Índice de dependência de idosos <sup>4</sup> (por 100)	13,7	22,6
Índice de envelhecimento <sup>5</sup> (por 100)	60,3	91,8

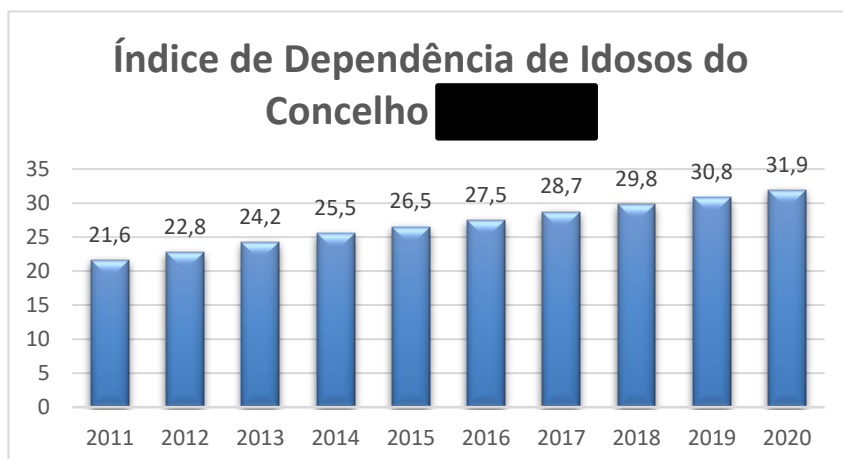
Fonte: PLS AS 2013-2016

Analisando o índice de dependência de idosos e o índice de envelhecimento, dois indicadores significativos nesta população, em ambos os indicadores se verificou um aumento significativo levantando preocupações quanto à influência do envelhecimento populacional no estado de saúde da população e na procura de cuidados de saúde (PLS AS, 2013-2016). Consultados os dados mais atuais através da PORDATA (2021), percebeu-se a evolução do índice de dependência de idosos, entre os anos de 2011 e 2020, como retrata o Gráfico 4 apresentado seguidamente.

<sup>5</sup> **Índice de dependência de idosos:** Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas com 15-64 anos). (metainformação – INE)

<sup>6</sup> **Índice de envelhecimento:** Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas dos 0 aos 14 anos). (metainformação – INE)

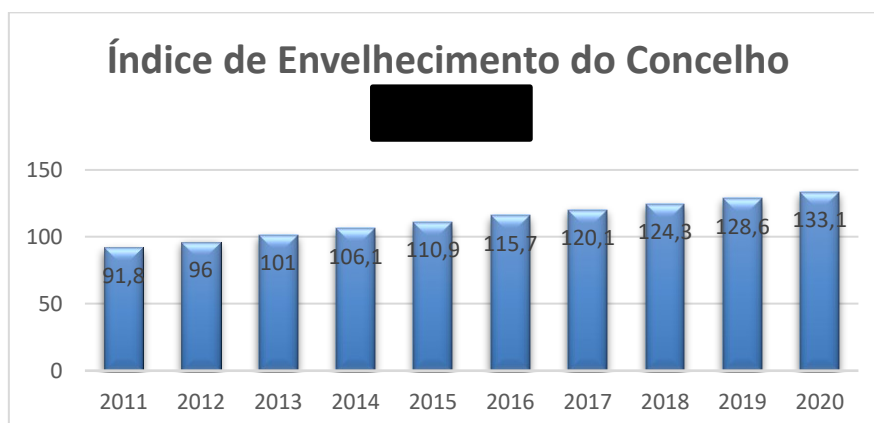
**Gráfico 4 – Índice de Dependência de Idosos do Concelho [REDACTED] (de 2011 a 2020)**



Fonte: PORDATA, 2021

Do mesmo modo se verificou que em 2020 o índice de envelhecimento foi de 133,1, o número mais elevado dos últimos anos. Desde 2011 que o aumento foi progressivo e encontra-se retratado no gráfico apresentado em seguida.

**Gráfico 5 – Evolução do Índice de Envelhecimento no Concelho [REDACTED] de 2011 a 2020)**



Fonte: PORDATA, 2021

O índice de longevidade<sup>7</sup> espelhado no Quadro 2 adiante, possibilita a complementaridade da evidência quanto ao processo de envelhecimento e suas consequências, nos âmbitos económico, social e de saúde (PLS AS, 2013-2016; PORDATA, 2021).

---

<sup>7</sup> **Índice de Longevidade:** Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 (10<sup>2</sup>) pessoas com 65 ou mais anos). (metainformação – INE)

**Quadro 2 – Índice de Longevidade do Concelho [REDACTED] (de 2011 a 2020)**

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Índice de longevidade</b>	37,4	38,1	38,6	39	39,3	39,5	39,7	40,1	40,9	41,7

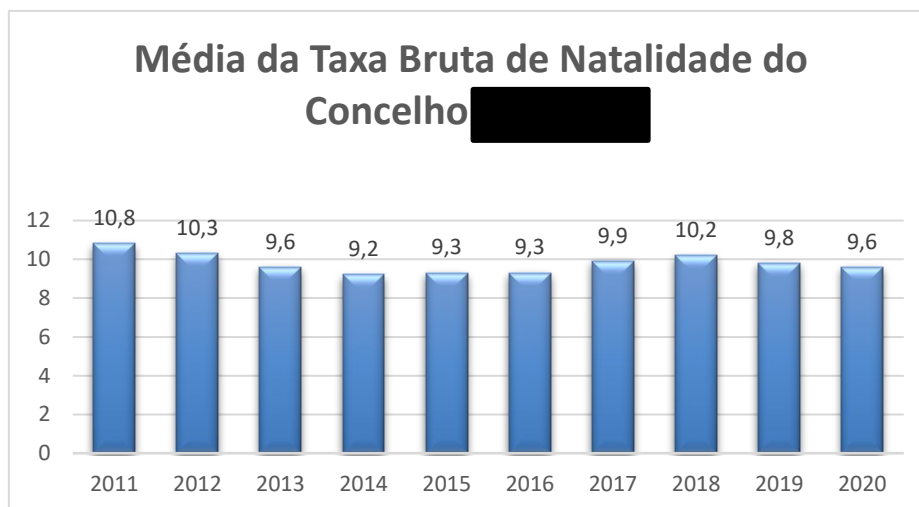
Fonte: PORDATA, 2021

Neste Concelho, a taxa bruta de natalidade<sup>8</sup> apresentou uma tendência decrescente, entre os anos de 2014 e 2016 (de 14,2 ‰ para 9,9‰) (PLS AS, 2013-2016), enquanto a média se situou nos 9,8‰, nos anos entre 2011 e 2020 (em 2020 a taxa correspondia a 9,6‰) (PORDATA, 2021). Contudo, os dados demonstram oscilações, sendo notável o decréscimo nos últimos dois anos (como é possível observar no Gráfico 6 adiante). Com uma população já envelhecida e com a diminuição da taxa bruta de natalidade, a tendência do envelhecimento populacional será a de continuar a aumentar.

---

<sup>8</sup> **Taxa bruta de Natalidade:** Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 (10<sup>3</sup>) habitantes). (metainformação – INE)

**Gráfico 6 – Média da Taxa Bruta de Natalidade do Concelho [REDACTED] (de 2011 a 2020)**



Fonte: PORDATA, 2021

Tendo em conta os dados apresentados e as características e necessidades inerentes à população idosa, o Projeto Linha 65 assume uma importância de extrema relevância no apoio a este grupo etário.

### **1.5. Envelhecimento Ativo e Saudável**

Segundo a OMS (1999) “o **envelhecimento individual** é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida” (citado por DGS, 2017, p.8).

Por sua vez, o **envelhecimento populacional** define-se a nível coletivo, como a proporção da população de pessoas idosas na população total (PORDATA, 2016, citado por DGS, 2017), sendo resultado do prolongamento da vida, fruto de conquistas diversas sob o ponto de vista da ciência, médico, tecnológico e social, e da diminuição importante da fecundidade (DGS, 2017; Fonseca, 2018).

O conceito “**ativo**” é alusivo à participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, significando muito mais do que a possibilidade de ser física e profissionalmente ativo. O **envelhecimento ativo** é definido como “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria

*da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem*” (OMS, 2002 citado por DGS, 2017, p.8).

Contudo, se em alguns casos são as próprias pessoas idosas que exigem e procuram oportunidades de participação social, noutros casos essa participação tem de ser efetivamente promovida. Daí a importância da criação de programas e projetos que estimulem um envelhecimento verdadeiramente participativo na vida das comunidades por forma a maximizar a funcionalidade de muitas pessoas idosas que, de outro modo, se tornariam passivas ou mesmo dependentes (Fonseca, 2018).

Definindo **qualidade de vida**, segundo a OMS (1997, citado por DGS, 2017, p.8), consiste na *“perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. Denota-se a importância do contexto cultural e, conseqüentemente, da comunidade onde a pessoa se encontra inserida.

O **“envelhecimento saudável”** é referente ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, enquanto a capacidade funcional é o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio envolvente. O bem-estar é, então, o objetivo principal, caracterizado por ser um conceito holístico que envolve todos os elementos e componentes da vida que são valorizados pela pessoa. Assim, o **envelhecimento saudável** é *“o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam”* (OMS, 2015, citado por DGS, 2017, p.9).

A ENEAS assenta em três objetivos gerais, com base na promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, no reconhecimento da necessidade de implementação de políticas intersectoriais e na implementação de uma abordagem holística na construção de uma sociedade para todas as idades (WHO, 2002 citado por DGS).

Os referidos objetivos são: sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas; promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável; e, contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas (DGS, 2017).

Saúde, Participação, Segurança e Medição, Monitorização e Investigação constituem os 4 eixos estratégicos basilares da ENEAS. A linha orientadora Saúde visa promover as ações que evitem e controlem o aparecimento das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, bem como potenciar a

sua autonomia. Quanto à linha orientadora Participação, tem como foco a promoção da educação e formação ao longo do ciclo vital, incluindo a promoção da literacia em saúde e a promoção da integração e participação das pessoas idosas na sociedade. Relativamente à linha orientadora Segurança, o objetivo é apoiar iniciativas que visem minimizar os riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas. Por fim, a linha orientadora Medição, Monitorização e Investigação refere-se à promoção da investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável que leve ao levantamento de necessidades, o desenvolvimento, monitorização e avaliação das intervenções desenvolvidas e a disseminação de boas práticas e inovação (DGS, 2017).

É transversal a todos os eixos estratégicos a relevância da promoção da saúde, onde os cuidados de saúde primários têm um papel fundamental e onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública desempenha uma função de destaque.

Segundo a OMS (2015) *“uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é uma necessidade urgente”* (p.14).

## **1.6. Problemas e Riscos da Pessoa Idosa**

Na sociedade atual, a pessoa idosa é comumente desvalorizada e discriminada, considerada inúmeras vezes como inútil e incapaz, chegando mesmo a ser vista como um “fardo” para a comunidade. Na nossa cultura, há alguns anos atrás, as pessoas idosas eram consideradas como sábias, os “chefes” de família, conselheiros, respeitados e admirados por todos em seu redor. Hoje em dia, a alteração dos valores sociais, levou à mudança dessa visão. Também a mudança de papéis, que ocorre nesta fase da vida, está muitas vezes na origem da sua desvalorização.

As características inerentes ao envelhecimento tornam-no aparentemente frágil, para além das reais fragilidades que acontecem ao longo desse processo. Isto, coloca-os em determinados riscos ou leva-os mesmo ao desenvolvimento de problemas evitáveis. Neste sentido, torna-se fundamental para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, o conhecimento desses riscos para que, atuando na comunidade, possa intervir com o intuito da prevenção.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária centrada em grupos, permite-lhe o envolvimento e/ou desenvolvimento em/de programas e projetos de intervenção com foco nesses mesmos grupos, neste caso em particular, no grupo das pessoas idosas. Para além de lhe ser permitido, é uma das

competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, implícito no Regulamento próprio, que refere que este *“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”* (OE – Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19354).

Importa, portanto, que o enfermeiro detenha conhecimentos sobre os riscos e problemas da pessoa idosa, para que a sua atuação no âmbito do Projeto Linha 65 seja a mais adequada possível. Identificaram-se os riscos mais prevalentes através da consulta da Base de Dados Linha 65, onde se teve como base o motivo de sinalização referenciado. Destacaram-se, então: o **Isolamento Social e a Solidão**, a **Violência**, a **Vulnerabilidade** e a **Situação de Dependência**.

### **1.6.1. Isolamento Social e Solidão**

Com o aumento significativo da esperança média de vida no último século, espera-se igualmente um aumento no número de pessoas que alcance e viva até a velhice na Europa (Beridze *et al*, 2020).

Contudo, viver mais tempo não significa viver melhor pois existem alterações de dinâmica pessoal e de grupo, dinâmica de trabalho, novos conceitos de família e habitação, um crescente culto de individualismo e alterações nos valores tradicionais da sociedade que influenciam de forma desigual e contraditória a qualidade de vida das pessoas (Bezerra *et al*, 2020).

O processo de transição para a velhice é um momento de mudança incluindo, por exemplo, reforma, perda de papéis de género, diminuição do contacto social ou sofrimento emocional devido à perda de familiares e amigos. Todos estes fatores ameaçam os componentes estruturais e funcionais das redes sociais das pessoas idosas, colocando-os em risco de solidão e isolamento social (Beridze *et al*, 2020).

Por sua vez, o processo de envelhecimento em si *“(...) leva ao declínio da capacidade funcional cognitiva e de respostas adaptativas que são necessárias para a execução de atividades de vida diária (...) Estudos comprovam que o envelhecimento pode estar associado ao isolamento social, no qual leva a diversos prejuízos para saúde física e mental”* (Bezerra *et al*, 2021, p.1).

O isolamento social tem-se destacado como um potencial problema de saúde pública que se define como *“um estado no qual indivíduos experimentam cada vez menos envolvimento social do que gostariam com outras pessoas (...) Refere-se à*

*objetiva separação de outros indivíduos, ocasionando ausência ou poucas interações sociais no dia a dia*” (Bezerra *et al*, 2020, p.2). De acordo com os mesmos autores “*a sua rede social é reduzida e conta com insuficiência de apoio social – emocional, informativo e instrumental*” (Bezerra *et al*, 2020, p.6). Este problema pode acontecer em qualquer fase da vida de uma pessoa, contudo é mais prevalente nas pessoas idosas, dependendo de fatores como o percurso e condições de vida (Bezerra *et al*, 2020).

Segundo o SNS (2021), o isolamento social caracteriza-se pela falta de contacto social, associado a fatores como a ausência de contacto social ou familiar, de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e/ou a ausência ou dificuldade no acesso a serviços considerados como essenciais.

A vivência do isolamento social pode ocorrer concomitantemente com a sensação subjetiva de solidão ou pode ser geradora da mesma (Bezerra *et al*, 2020)

A solidão é um dos principais determinantes de saúde nos países desenvolvidos (Gené-Badia, 2019) e constitui um significativo problema de saúde pública na nossa sociedade em envelhecimento (Luchetti, 2020).

Define-se como um sentimento subjetivo e relaciona-se com ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de se estar isolado. O sentimento de solidão constitui um problema de enorme relevância, já que pode interferir com a qualidade de vida das pessoas (SNS, 2021). Portanto, uma pessoa pode sentir-se sozinha sem estar propriamente isolada socialmente uma vez que, o sentimento de solidão pode ser a resposta à perda de um relacionamento com um parceiro ou ao colapso de algum outro apego pessoal e é caracterizado por intensos sentimentos de vazio, abandono e desamparo (Cohen-Mansfield e Eisner, 2020).

Apesar de distintos, verifica-se a existência de uma relação entre os conceitos de isolamento social (relacionado com a frequência de interações sociais) e solidão (a qualidade subjetiva da interação social, onde ambos se associam à morbidade e à mortalidade acrescida (Philip *et al*, 2020).

Segundo um estudo apontado pelo SNS, onde foram envolvidas mais de 1200 pessoas entre os 50 e os 101 anos, a prevalência do sentimento de solidão verifica-se nas mulheres (20,4%), em pessoas com menor nível de escolaridade (25,8%) e em pessoas viúvas (30,6%) e solteiras (15,8%). Para além disso, este sentimento aumenta com o avanço da idade sendo que afeta 9,9% de pessoas entre os 50 e os 64 anos, comparativamente a 26,8% das pessoas a partir dos 85 anos de idade (SNS, 2021).

São conhecidos diversos fatores de risco para o isolamento social e/ou solidão, que se destacam por: situações de pobreza ou dificuldades financeiras que podem

impossibilita a realização de atividades de convívio ou lazer; a dificuldade de integração social aquando a institucionalização; o agravamento do estado de saúde onde as dificuldades na mobilidade e acessibilidade promovem o isolamento social; as condições habitacionais pela sua organização e existência de barreiras à mobilidade; a ausência do cônjuge, amigos ou colegas sendo que as pessoas que não têm filhos, se reformam, ficam viúvas, perdem outros familiares ou amigos próximos estão em maior risco; a ocorrência de episódios súbitos negativos, como por exemplo a morte do cônjuge; situações de violência, onde as pessoas que sofrem maus tratos têm um risco acrescido; existência de doença mental como a depressão; posição de cuidador informal pela potencial sobrecarga do cuidador (SNS, 2021; Beridze *et al*, 2020; Cohen-Mansfield e Eisner, 2020); Gené-Badia *et al*, 2019). De acordo com Luchetti *et al* (2020), sentimentos de solidão estão associados a um estado de saúde mais debilitado e a uma função cognitiva deficiente, com risco de desenvolver a doença de Alzheimer e a demência em particular.

A maioria dos estudos tem-se centrado nas consequências ao nível da saúde mental, com evidência (para além dos referidos relativamente às demências) de maiores níveis de stress e casos de depressão. Contudo, tem havido um interesse crescente no estudo dos efeitos destes problemas sobre a saúde física. A evidência demonstra que ambos, têm sido associados, por exemplo à inflamação sistémica, disfunção autonómica, desregulação neuroendócrina, aumento crónico da carga alostática (Philip *et al*, 2020; Schrempft *et al*, 2019), acidente vascular cerebral, doença cardíaca coronária (Philip *et al*, 2020) e controlo da tensão arterial (Schrempft *et al*, 2019).

Os resultados de um estudo realizado por Schrempft *et al*, em 2019, sugerem que um maior isolamento social nos idosos está relacionado à redução da atividade física e, conseqüentemente a um maior sedentarismo, contribuindo para os problemas de saúde físicos e mentais já referidos.

Um estudo liderado por investigadores do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, em parceria com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte com o objetivo de avaliar o impacto da solidão em idosos seguidos em centro de saúde, revelou que cerca de 91% dos idosos, ou seja, 9 em cada 10, referiram sentir algum grau de solidão, sendo que um terço reporta mesmo níveis graves. Teve uma amostra de 150 pessoas, com 65 anos ou mais, de uma zona urbana do Norte de Portugal, a quem foram realizadas entrevistas (SNS, 2019).

Concluiu-se que a solidão nesta população, leva a um aumento do recurso aos serviços de saúde, pela somatização do seu sofrimento, aumentando o risco de serem poli e sobremedicados (SNS, 2019).

Os mesmos autores referem que “*devem ser tomadas medidas políticas, legislativas, sociais e de saúde que promovam a manutenção de uma vida ativa após a reforma, de modo a estimular o sentido de utilidade dos idosos, protegendo-os da solidão e das suas consequências em termos de saúde*” (citado por SNS, 2019, p.2)

A OMS e o Ministério da Saúde destacam o isolamento social e a solidão como problemas da sociedade contemporânea e, por conseguinte, desenvolveram várias estratégias e práticas de combate aos mesmos, colocando grande enfoque sobre o papel dos cuidados de saúde primários na prevenção deste fenómeno na população idosa (CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012; WHO, 2014).

A literatura estudada revela que o isolamento social é potencialmente evitável e que existem intervenções capazes de preveni-lo. Exemplo disso são os programas desenvolvidos na comunidade (Bezerra *et al*, 2020).

O enfermeiro que atua ao nível dos cuidados de saúde primários tem uma posição privilegiada para a avaliação de situações de risco, desempenhando um papel fulcral na promoção da saúde e educação do indivíduo, da família e da respetiva comunidade, e especificamente, na prevenção do isolamento social nos idosos (OE, 2010).

### **1.6.2. Violência**

O fenómeno do envelhecimento populacional a nível mundial coloca desafios à sociedade, como no caso da prevenção da violação de direitos humanos e liberdades das pessoas idosas e da eliminação de todas as formas de abuso (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020).

Apesar de constituir um desafio social, tem-se verificado um aumento da violência na população dos idosos, que é caracterizada pela sua vulnerabilidade e maior grau de dependência de terceiros, seja para a realização de atividades básicas da vida diária (AVD), economicamente ou dependência psíquica, principalmente quando existe um défice cognitivo ou limitações naturais do próprio envelhecimento (Santos *et al*, 2020).

A violência na população idosa é um problema que existe há décadas e tem aumentado à medida que aumenta o número de pessoas com 60 anos ou mais (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020). Contudo, é frequentemente ignorado na sociedade (Indu, 2018) e altamente subestimado, principalmente pela falta de notificação por parte

das vítimas e/ou da sua rede social (Centros para Controle e Prevenção de Doenças, 2016 citado por Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020).

Este problema é cada vez mais evidente na sociedade, constituindo um problema de saúde pública (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020; Santos *et al*, 2020; Santos *et al*, 2019; Silva *et al*, 2018; Silva e Dias, 2016), complexo e multidimensional (Santos *et al*, 2020; Gil *et al*, 2015), mas evitável e de responsabilidade da esfera social e da justiça (Silva *et al*, 2018).

As mudanças observadas ao nível dos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto dos mais velhos nas sociedades atuais possuem relação com o problema da violência contra as pessoas idosas. Onde antes, os idosos, gozavam de reconhecimento social, de respeito e de poder e eram possuidores de uma particular forma de conhecimento – a sabedoria, ou o conhecimento provado ou adquirido por toda uma experiência de vida (APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2010), hoje os idosos são associados aos estigmas da incapacidade funcional e social do indivíduo, reduzindo-os, muitas vezes, a um fardo para os seus responsáveis (Oliveira *et al*, 2013).

Segundo a OMS e de acordo com a sua “Declaração de Toronto para a Prevenção Global do Mau Trato a Pessoas Idosas”, entende-se por “Violência Contra as Pessoas Idosas”: *a ação única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança* (OMS, 2002).

A violência, especificamente, é definida como a utilização da força física ou poder, em ameaça contra si, outros indivíduos, grupos ou comunidades que possa causar sofrimento, morte, dano psicológico, défice no desenvolvimento ou carência, de origem física, psicológica, sexual, financeira, por negligência, abandono ou autonegligência (OMS, 2002).

A OMS define a violência contra os idosos em sete tipos, nomeadamente Violência Física, Violência Psicológica, Violência Sexual, Violência Financeira ou Económica, Abandono, Negligência e Autonegligência (WHO, 2008). Contudo, a AVAP em Portugal divide a violência em seis tipos, que coincidem com os da OMS, à exceção da Autonegligência, que não é considerada por ser provocada pelo próprio (APAV, 2020). Cada um dos tipos de violência é apresentado no quadro em seguida, de acordo com as definições da APAV (2020).

<b>Tipo de Violência</b>	<b>Definição</b>
<b>Violência Física</b>	Conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar dor física ou ferimentos à pessoa idosa, do qual são exemplos, entre outros, as punições físicas (bater, esbofetear), empurrar, atirar objetos e sub ou sobre medicar
<b>Violência Psicológica</b>	conjunto de ações levadas a cabo com intenção de causar angústia, dor ou aflição à pessoa idosa, por meios verbais ou não verbais, como insultos, ameaças, incluindo ameaças de institucionalização, humilhação, comportamento controlador, isolamento, infantilização, ausência de expressões de afeto, entre outras;
<b>Violência Sexual</b>	Qualquer envolvimento sexual sem pleno consentimento da pessoa idosa, por exemplo, violação, coação sexual, exibicionismo, realização de filmes pornográficos ou coagir a pessoa idosa a assistir a tais conteúdos
<b>Violência Financeira ou Económica</b>	Uso ilegal ou inapropriado do património da pessoa idosa, através de qualquer ato que vise o impedimento do controlo por parte da mesma e/ou que vise a exploração danosa do seu dinheiro e/ou dos seus bens;
<b>Abandono</b>	Distanciamento físico e/ou emocional absoluto e definitivo que resulta na falta de prestação de cuidados e conduz a pessoa idosa à total carência de redes de apoio familiar ou outras. O abandono em instituições de saúde é uma realidade que tem vindo a ser denunciada pela comunicação social, mas cujos valores reais não são ainda conhecidos oficialmente;
<b>Negligência</b>	recusa, omissão ou ineficácia na prestação de cuidados, obrigações ou deveres à pessoa idosa por parte do/a seu/sua cuidador/a, e inclui, entre outros exemplos, a recusa/omissão de alimentação, a recusa/omissão de suporte material e emocional e o

	descuido ao nível dos cuidados de higiene e de saúde.
--	---

Adaptado APAV, 2020 (Folha Informativa Violência Contra as Pessoas Idosas, APAV, 2020)

Embora a violência contra pessoas idosas possa ser classificada em vários tipos, frequentemente estão presentes dois ou mais tipos de violência no mesmo contexto, já que uma pessoa idosa é normalmente vítima de uma combinação de tipos de violência e não apenas de um (APAV, 2020).

No que concerne aos fatores de risco associados à violência contra os idosos, Santos *et al* (2020), numa revisão bibliográfica sobre o assunto, identificou-os como: idade, sexo, estado civil, nível de educação, rendimento, estrutura familiar, relação familiar, suporte social, solidão, transtorno mental, depressão e dependência para as AVD e AIVD (atividades instrumentais de vida diária).

Especificamente, o facto de um idoso “ser mais velho” “viver com a família de um filho casado”, “viver sozinho ou com filhos” (ser solteiro, divorciado ou viúvo), “residir em domicílios com seis ou mais pessoas”, ter um “menor apoio da família”, “discutir frequentemente com familiares, “revelar conflito com familiares ou amigos” e possuírem “rendimentos mais baixos” destacaram-se como fatores de risco para a violência em geral. Para além disso, o isolamento social, problema igualmente preocupante nesta população em específico, aumenta a suscetibilidade à violência (Santos *et al*, 2020; Silva *et al*, 2018).

De acordo com vários autores, a prevalência de violência física é superior nas mulheres (9,5%), relativamente aos homens (3,4%), bem como os idosos com maior grau de dependência se encontram mais suscetíveis a esse tipo de violência (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020; Silva *et al*, 2018). Dados da OMS revelam que a prevalência global de violência física em idosos é de 2,6% (Agudelo-Cifuentes *et al*, 2020).

Em 2020, em Portugal, foram identificados 1629 casos de violência contra idosos, o que perfaz uma média de 31 casos por semana e de 4 por dia. O perfil das vítimas portuguesas relativamente ao sexo coincide com o perfil geral, onde as mulheres são o principal alvo deste tipo de crime, numa percentagem de 72,1% (APAV, 2020). A média de idade das vítimas em geral é de 76 anos e os resultados de um estudo organizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, onde outras entidades incluindo a APAV participaram, indicam ainda que, a partir dos 76 anos, o risco de ser vítima de violência aumenta 10% por cada ano de idade (APAV, 2020).

Quanto ao grau de escolaridade, a incidência é maior em pessoas com um grau de ensino do 1º ciclo, em 8,2% dos casos e em menor número em pessoas com formação em ensino superior, em 4,1% das situações. Relativamente à relação interpessoal do autor do crime com a vítima, em 33,8% dos casos é o seu pai e/ou mãe, e em 22,7% das situações é o cônjuge (APAV, 2020).

Diversos estudos nacionais e internacionais apontam para a prevalência de violência contra pessoas idosas provocada pela sua família nuclear. A maioria dos casos acontece de forma continuada e na residência comum da vítima e do/a agressor/a (APAV, 2020).

Pelo anteriormente referido, a violência não pode ser encarada como um problema unidimensional, devendo considerar as suas diversas dimensões e compreender a interdependência existente entre todos os fatores associados (Santos *et al*, 2020).

A violência contra os idosos, no geral, é uma questão atual e de relevante demanda que tem acompanhado o crescimento dessa população, conduzindo a consequências negativas, tanto físicas como a consequências do foro da saúde mental e da integração social (Silva e Dias, 2016).

De entre as consequências físicas, os autores destacam a possibilidade de surgimento de doenças psicossomáticas, diminuição gradual de suas defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição (Silva e Dias, 2016), lesões e traumas físicos, em específico desde pequenos arranhões e contusões a ossos fraturados e lesões na cabeça, que levam a incapacitação permanente. Nas pessoas idosas, as consequências da violência podem ser particularmente graves, dado que a sua estrutura óssea é mais frágil e um possível período de convalescença será maior. Até mesmo lesões relativamente pequenas podem causar danos graves e permanentes, ou até a morte (WHO, 2014).

Por sua vez, as consequências ao nível da saúde mental podem resultar numa diminuição da autoestima, num decréscimo da confiança e numa maior debilidade da vítima, podendo ainda gerar dificuldades em tomar decisões e o sentimento de inferior dignidade individual (Silva *et al*, 2018). O medo, a tristeza e a vergonha ou humilhação constituem os sentimentos mais salientados pelas vítimas, seguidos da raiva, da solidão e da revolta (APAV, 2020; Gil *et al*, 2015). Ademais, estas vítimas possuem um maior risco de depressão, isolamento e perda de autonomia e mortalidade (APAV, 2020).

A violência nos idosos tem consequências não só para as próprias vítimas, como já foi descrito, mas também para a sua rede de suporte social onde se inserem aqueles que lhe são queridos, como para os diversos setores da sociedade particularmente nos da saúde, dos serviços sociais e da justiça (APAV, 2020).

Este problema de saúde pública é um fenômeno de difícil diagnóstico, principalmente porque os sentimentos de culpa e de vergonha do idoso agredido se juntam ao medo de represália por parte dos agressores, o que leva ao silêncio das vítimas e a que a denúncia constitua ainda um tabu para muitos (Santos *et al*, 2019; Gil *et al*, 2015).

Apesar da existência de leis que garantem a defesa da dignidade e do bem-estar das pessoas idosas, este problema continua a fazer parte de uma realidade atual sendo, por isso, essencial o desenvolvimento de estratégias para minimizá-lo. No âmbito da saúde comunitária e da saúde pública, o enfermeiro possui um papel determinante na divulgação e discussão da violência nas pessoas idosas. A sua proximidade à população possibilita uma oportunidade de identificação de situações de violência, onde a utilização de estratégias de reconhecimento com a utilização de uma escuta ativa e qualificada, avaliação física e do humor e até mesmo de instrumentos validados de avaliação deste problema seja uma prática comum e com impacto benéfico (Silva *et al*, 2018).

É ainda fundamental o desenvolvimento de uma cultura que entenda o processo de envelhecimento como uma é necessário criar uma etapa normal, inevitável, irreversível e transversal da existência humana, na qual as pessoas idosas possam viver com dignidade, respeito e oportunidades de participação na sociedade e, principalmente, sem sofrerem por violência (Silva *et al*, 2018).

#### **1.6.2.1. Equipe de Prevenção da Violência nos Adultos - EPVA**

A violência contra idosos é uma das diversas formas graves de violência e, tendo em consideração a complexidade do fenômeno, é indispensável a intervenção de diversos setores nomeadamente o da justiça, o da educação, o da segurança social e o da saúde, entre outros. No âmbito da saúde, foram desenvolvidas múltiplas ações na perspectiva de dar resposta ao fenômeno da violência interpessoal, entre as quais a criação de Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) (Ministério da Saúde, 2013).

As EPVA detêm autonomia técnica e funcional e, nos cuidados de saúde primários, atuam na área de influência dos ACES. Possuem um conjunto de competências específicas que transcrevo do Despacho n.º 6378/2013:

a) Contribuir para a informação prestada à população e sensibilizar os profissionais administrativos e técnicos, dos diferentes serviços, para a igualdade de género e a prevenção da violência ao longo do ciclo da vida;

b) Difundir informação de carácter legal, normativa e técnica sobre o assunto;

c) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;

d) Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de violência atendidas nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Hospitais;

**e) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;**

f) Gerir, a título excepcional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível dos cuidados de saúde primários ou dos hospitais, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;

g) Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio da violência interpessoal, quer no âmbito das equipas profissionais dos ACES, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais;

**h) Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuam para a prevenção e acompanhamento dos casos;**

i) Mobilizar a rede de recursos internos dos ACES e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;

**j) Assegurar a articulação funcional, em rede, com as outras equipas a nível de cuidados primários (...) que intervenham neste domínio.**

A EPVA desempenha o seu trabalho em dois concelhos pertencentes ao ACES e é constituída por quatro enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga e uma médica. Os enfermeiros são designados como gestores de caso, ficando responsáveis pela monitorização de casos em particular e são os próprios que articulam tanto com os restantes elementos da equipa como com os profissionais de saúde (Elementos de Referência) das Unidades Funcionais correspondentes à sua área (cada enfermeiro da EPVA é responsável por uma área/freguesia ou conjunto de freguesias).

As sinalizações são recebidas pelo ACES que encaminha para os elementos de referência que, por sua vez, encaminham para a EPVA. É utilizado um formulário de sinalização para o efeito. Os elementos de referência correspondem a um enfermeiro e a um médico por cada Unidade Funcional e são eles os responsáveis por articular com as equipas de família dos utentes em seguimento, caso não sejam eles próprios. Assim, existem sempre elementos de referência que têm conhecimento de todos os casos da

sua Unidade Funcional e são eles que juntamente com o enfermeiro da EPVA definem qual a intervenção mais adequada a cada situação.

São realizadas reuniões regulares entre os referidos intervenientes no sentido de se fazer pontos de situação (por vezes é partilhada informação via email). É desta forma que se faz a articulação interna.

A articulação externa ocorre entre o hospital da área e a EPVA. São recebidas as sinalizações através de um formulário próprio, a situação é discutida em sede de reunião, identificada a UF onde o utente está inscrito e, perante isso, é definido o gestor de caso. Posteriormente, o procedimento é semelhante ao da articulação interna.

Esta equipa possui um fluxograma de articulação para que exista uma uniformização em todo o processo.

As informações referidas sobre a EPVA foram recolhidas durante uma reunião formal que ocorreu a 29 de novembro de 2021, com a enfermeira responsável pela área onde a UCC S se encontra inserida.

Relativamente aos pontos destacados mais acima (do Despacho n.º 6378/2013) são considerados os de maior relevância, no sentido da pertinência de criar a articulação entre a EPVA e o Projeto Linha 65. Como foi referido, é da competência da EPVA articular com outras equipas a nível dos cuidados de saúde primários, em particular na colaboração com outros projetos e recursos da comunidade, como é o caso do Projeto Linha 65 (um Projeto em Parceria com uma Instituição Particular de Solidariedade Social-IPSS, inserido numa Unidade de Cuidados na Comunidade -UCC).

Desta forma, seria uma mais valia a criação de uma via de articulação direta entre o Projeto Linha 65 e a EPVA, nos casos em que são sinalizadas situações de violência. São os profissionais mais experientes na resolução deste tipo de problemas e seria facilitador envolvê-los desde a fase inicial do processo.

De forma complementar, poderão servir de suporte de apoio e informativo, acompanhamento ou mesmo encaminhamento dos casos, constituindo uma mais valia para a população alvo.

Esta via de articulação foi proposta durante a realização do Estágio Final, tendo havido inclusivamente um contacto com a coordenação da equipa. Contudo, por motivos de limite de tempo e de indisponibilidade por parte da EPVA (que se encontra em situação de sobrecarga de trabalho, agravada pelo contexto pandémico atual) não foi possível criá-la durante o período útil do estágio, tendo ficado a sugestão e o interesse de todos os profissionais para a desenvolver no futuro.

### 1.6.3. Vulnerabilidade

O crescente envelhecimento populacional é considerado como uma das mais relevantes transições demográficas, principalmente nos países em desenvolvimento (Barbosa *et al*, 2019)

O envelhecimento envolve um aumento do risco para a ocorrência de vulnerabilidade, visto que a senescência é um processo transmeado por graduais mudanças, as quais envolvem um conjunto de fatores individuais e coletivos, que exercem influência nas condições de vida e saúde do indivíduo (Barbosa *et al*, 2019).

A vulnerabilidade como paradigma da medicina moderna é considerada como uma entidade biológica resultante da diminuição da reserva e resistência a fatores externos e é o efeito dos problemas cumulativos em vários sistemas, facilitando o aparecimento de outros resultados adversos à saúde (Ocampo-Chaparro *et al*, 2019).

O conceito, segundo Barchifontaine (citado por Almeida, 2017, p. 53), refere-se a um *“estado, individual ou coletivo, que surge quando, por diversos motivos, a capacidade de autodeterminação está diminuída, repercutindo-se no aumento da dificuldade para proteger os próprios interesses, embora na saúde apareça muitas vezes associada a um aumento da suscetibilidade a problemas ou dano”*.

Almeida (2017) acrescenta ainda que provém de uma percepção pessoal ou social sobre o controle que a pessoa ou o grupo possuem sobre a sua vida no geral ou sobre as experiências vividas, levando à conclusão de que quanto menor for o controle, maior serão os sentimentos de insegurança, incerteza e solidão e, conseqüentemente, maior será a vulnerabilidade.

Por outro lado, Barbosa *et al* (2019, p.353), define a vulnerabilidade como *“o indivíduo que não necessariamente sofrerá danos, mas apresenta-se mais suscetível visto que possui desvantagens significativas, sobretudo na qualidade de vida (...) o estado de vulnerabilidade se associa a situações e contextos individuais e, sobretudo, coletivos”*.

O grau de vulnerabilidade depende do conjunto de combinações dos componentes relacionados aos domínios físico, social e programático, bem como às experiências vividas anteriormente, ao longo da vida (Barbosa *et al*, 2019).

Os autores Ayres *et al* (citados por Almeida, 2017, p. 54-55) objetivam a vulnerabilidade em saúde segundo três dimensões nomeadamente: a pessoal, a social e a programática.

A vulnerabilidade pessoal relaciona-se com o comportamento individual, que pode facilitar ou dificultar a manutenção do autocuidado e o estado de saúde. Neste

campo, situações de saúde como o declínio cognitivo ou a perda de mobilidade são particularmente nocivos para a manutenção da capacidade funcional, facilitando o desenvolvimento de fenómenos como a depressão, sentimentos de impotência e perda do sentido da vida, que afetam a resiliência individual, convergindo para ampliar a vulnerabilidade da pessoa idosa (Almeida, 2017).

Quanto à vulnerabilidade social, esta relaciona-se com as estruturas de suporte do indivíduo, que suportam ou condicionam a resposta individual (como é exemplo o perfil económico, o nível de educação, os recursos de saúde, a cultura, a ideologia e as relações interpessoais) (Almeida, 2017).

Este tipo de vulnerabilidade relaciona-se com os fatores estruturais da sociedade, possibilitando a compreensão da dinâmica do processo de desigualdade social. Fatores sociais como morar em contextos de maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade, baixo rendimento financeiro e limitado acesso aos serviços públicos podem contribuir do mesmo modo para o da vulnerabilidade (Jesus *et al*, 2017) No que concerne à vulnerabilidade programática, é aquela que engloba o conjunto de políticas públicas adotadas, bem como o acesso e qualidade dos serviços disponibilizados para solucionar ou prevenir os problemas (Almeida, 2017).

Outros autores caracterizam a vulnerabilidade num sentido geral, identificando fatores que a podem potenciar, tais como: deterioração da saúde, diminuição sensorial, défices cognitivos, declínio psicológico, episódios recorrentes de quedas e fragilidade, hospitalização recorrente (média de um ou dois internamentos num ano) que é considerada como um fator de stress significativo e está associada ao progressivo declínio funcional, resultando frequentemente em institucionalização e mortalidade precoce (Barbosa *et al*, 2019; Ocampo-Chaparro *et al*, 2019; Carmo, 2018).

Assim, a vulnerabilidade consiste num conceito multidimensional, onde as condições comportamentais, socioculturais, económicas e políticas se interrelacionam com os processos biológicos no decurso da vida (Amancio *et al*, 2019).

Os profissionais de saúde e, em particular, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada de proximidade com as pessoas idosas, para a identificação precoce de fatores responsáveis por desencadear incapacidade funcional, ambientes desfavoráveis, dificuldades económicas, rede social escassa entre outros fatores potenciadores do aumento da vulnerabilidade (Amancio *et al*, 2019). Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária a exercer funções em contextos da comunidade (como no caso de uma Unidade de Cuidados na Comunidade), possuem recursos facilitadores da intervenção com este grupo de pessoas vulneráveis.

A utilização de instrumentos de avaliação da vulnerabilidade são essenciais para identificar as pessoas com risco aumentado, possibilitando uma intervenção

interdisciplinar precoce. Neste sentido, é possível o planeamento e a priorização dos cuidados adequados (Amancio *et al*, 2019).

O desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde física e mental, eficaz para o bem-estar da população idosa, trazem benefícios na redução da vulnerabilidade.

#### 1.6.4. Situação de Dependência

Ao longo das últimas décadas, os avanços tecnológicos da medicina traduzidos no aumento da esperança média de vida, despoletaram igualmente um aumento exponencial de pessoas idosas com doenças crónicas e, conseqüentemente, em situação de dependência (Pereira *et al*, 2020; DGS, 2017).

De acordo com Pereira *et al* (2020, p. 487) a “*dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes*”.

Segundo a DGS (2017) a dependência associa-se à **Vulnerabilidade** que a pessoa apresenta face aos desafios do seu percurso de vida e tem sido aplicado às pessoas idosas, no que se refere à sua propensão para desenvolverem incapacidades (deficiências, limitações no desempenho das atividades e restrições na participação social) ou às pessoas idosas com condições sociais desfavoráveis e que têm menos acesso a oportunidades de atingir níveis satisfatórios de saúde e independência. Este tema é abordado em Capítulo específico neste documento.

Relativamente às causas mais prevalentes para o aumento do número de pessoas dependentes, destacam-se as doenças crónicas (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017) e de evolução prolongada, particularmente as doenças e perturbações do aparelho respiratório, as doenças oncológicas e as doenças do aparelho circulatório, bem como as situações de alta hospitalar precoce e os feridos de acidentes rodoviários (Pereira *et al*, 2020).

Contudo, com o avançar da idade, as pessoas idosas passam por um processo de mudanças físicas significativas que podem desencadear um forte fator de risco para o declínio das capacidades funcionais (Gavasso e Beltrame, 2017).

Por sua vez, a capacidade funcional consiste na “*habilidade para realizar atividades que possibilitam à pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente*” (Pinto *et al*, 2016, p.3546).

O conceito de capacidade funcional remete para o de autocuidado sendo que este se define, segundo a CIPE como “*atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades*

*individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária*” (ICN -International Council of Nurses, citado por Pereira *et al*, 2020, p.487).

A avaliação dos níveis individuais de independência pode ser realizada sob dois aspetos (Gavasso e Beltrame, 2017; Pinto *et al*, 2016), nomeadamente nas Atividades de Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que determinam a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e de viver de forma independente, respetivamente (Dias, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017).

Mais especificamente, as AVD englobam as capacidades das pessoas para satisfazer as necessidades básicas, como por exemplo, a higiene, vestir e despir, uso do sanitário e mobilizar-se, enquanto as AIVD se caracterizam pela independência na comunidade como a preparação de refeições, utilização do telefone, realização de compras, toma da medicação em segurança e gestão financeira (Gavasso e Beltrame, 2017).

Os fatores identificados como responsáveis, diretamente, pela perda da capacidade funcional dos idosos são os fatores individuais, como os demográficos, socioeconómicos e as condições de saúde (Pinto *et al*, 2016).

O nível de dependência é tanto maior quanto maior for a idade e a sua instalação é predominantemente gradual, relativamente a episódios súbitos. O aumento do nível de dependência é decorrente do processo de envelhecimento, que se traduz numa transição de desenvolvimento (Pereira *et al*, 2020).

Relativamente ao sexo, as mulheres apresentam maior grau de dependência (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017; Pinto *et al*, 2016), enquanto relativamente ao estado civil não se encontra consenso de acordo com os estudos pesquisados apesar de, os autores Pereira *et al* (2020) no seu estudo realizado em Portugal, terem concluído que a maioria das pessoas era viúva e que estava de acordo com outros estudos por eles pesquisados.

Os fatores rendimento e nível de escolaridade influenciam a manutenção do grau de dependência de forma diretamente proporcional (Bao *et al*, 2019; Pinto *et al*, 2016).

Como referido anteriormente, as doenças crónicas são a principal causa das situações de dependência (Pereira *et al*, 2020; DGS, 2017), seguidas do natural processo de envelhecimento e de situações agudas e/ou acidentais (Pereira *et al*, 2020).

A diminuição da capacidade física contribui para o aparecimento da maior parte das doenças crónicas, despoletando um ciclo vicioso entre as doenças crónicas, a incapacidade funcional e o desempenho físico (Lobo *et al*, 2014).

Vários autores apontam para o facto de que os idosos com multimorbilidades, ou seja, com duas ou mais morbilidades, aumenta o risco cumulativo de dependência de cuidados (Gavasso e Beltrame, 2017; Bao *et al*, 2019).

Os autores Tavares e Dias (2012, citados por Gavasso e Beltrame, 2017, p.406) referem que as morbidades, para além de causarem declínio na capacidade funcional do idoso, afetam igual e diretamente a sua qualidade de vida, especialmente no domínio psicológico, conseqüente à percepção de sentimentos negativos relacionados ao seu estado físico.

O estado mental e cognitivo influencia negativamente o risco de desenvolvimento de dependência e os casos particulares de demência e depressão são preditores mais evidentes, comparativamente com as morbidades físicas, para o progresso dessa dependência (Pereira *et al*, 2020; Bao *et al*, 2019).

O conhecimento sobre a dependência no autocuidado é conceito primordial para a enfermagem para que seja possível uma abordagem holística da pessoa em situação de dependência.

Os autores Pereira *et al* (2020) desenvolveram um estudo em Portugal, com uma amostra de 150 participantes tendo recorrido a entrevistas a pessoas dependentes ou aos seus familiares/cuidadores. Nesse estudo, conclui-se que os autocuidados onde se verificam maiores níveis de dependência são o autocuidado “arranjar-se (com o número mais elevado), revelando as dificuldades na motricidade fina, o autocuidado “vestir-se e despir-se”, onde se nota pouca adesão às ajudas técnicas, o autocuidado “tomar banho”, particularmente na atividade “lavar o corpo” e o autocuidado “tomar a medicação”. Também no “uso do sanitário” se observam níveis elevados de dependência, sendo que na generalidade das atividades que caracterizam este autocuidado mais de metade das pessoas necessita de ajuda de pessoa ou são completamente dependentes, bem como no autocuidado “alimentar-se” onde a maioria dos participantes é completamente dependente na preparação dos alimentos. No que refere ao autocuidado “posicionar-se” mais de 30% dos participantes é dependente, gerando preocupação com a integridade da pele e em relação ao autocuidado “elevar-se” quase metade dos participantes necessita de ajuda de pessoa para elevar parte do corpo. Mais de metade dos participantes são completamente independentes no autocuidado “andar” ou necessitam de equipamento. Das 47 pessoas que recorrem ao uso de cadeiras de rodas apenas 9 são completamente autónomas.

Os cuidados de saúde primários constituem uma ferramenta primordial no que refere à manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa, por representar a principal estratégia na prevenção das complicações relativas às doenças crónicas e às suas conseqüências na capacidade funcional (Gavasso e Beltrame, 2017). A sua avaliação carece de especial atenção, uma vez que se torna um indicador relevante pois está relacionado com a qualidade de vida (Pinto *et al*, 2016).

A avaliação da capacidade funcional e instrumental do idoso, através de instrumentos de medida e avaliação, e o conhecimento de suas morbidades é uma das ferramentas essenciais para planejar e determinar as ações dos serviços de saúde, permitindo aos enfermeiros um trabalho sistemático e rigoroso, uma vez que a preservação da independência revela ganhos em saúde e contribui para uma maior visibilidade da intervenção do enfermeiro (Pereira *et al*, 2020; Gavasso e Beltrame, 2017).

Os enfermeiros assumem assim um papel basilar na definição de políticas que respondam adequadamente às necessidades reais das pessoas ao nível dos cuidados de saúde, sendo fundamental uma avaliação holística de cada situação (Pereira *et al*, 2020).

Para além da prevenção e da identificação de situações de dependência, o enfermeiro tem a função de promover a autonomia da pessoa dependente, tal como promover a capacitação dos cuidadores no aumento das suas competências e atender no apoio e acompanhamento à família e/ou grupo. Neste sentido, o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública detém as competências específicas, tal como descrito no Regulamento das Competências Específicas do ESCSP: “*a) Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e b) Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar*” (OE, 2018, p. 19355).

## 1.7. Legislação

Segundo Barbosa (2020) o desconhecimento da lei está patente na generalidade da sociedade portuguesa e, nesta questão relacionada com as pessoas idosas, não é exceção.

Neste sentido, ao enfermeiro na sua relação de proximidade com as pessoas na comunidade, tem o dever de informar e aconselhar e, daí, necessitar de ter conhecimento sobre a legislação aplicável a este grupo em particular.

São apresentados os direitos as pessoas idosas, no geral, pela sua perceptível importância e o Regime Judicial do Maior Acompanhado, em particular, uma vez que é aplicável em grande número dos casos seguidos no Projeto Linha 65.

### 1.7.1. Direitos da Pessoa Idosa

No âmbito dos direitos consagrados às pessoas idosas denota-se uma preocupação acrescida a este grupo populacional. A nível internacional destacam-se os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, adotados pela Resolução 46/91 de 16 de dezembro, bem como o art.º 25.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (Mendes e Xavier, 2017).

A Constituição da República Portuguesa - CPR (Lei n.º 1/2005, de 12 de agosto) consagra, no seu art.º 1.º, que *“Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana (...)”* (p.1) e junta, no n.º 1 do seu art.º 13.º que *“Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”* (p.5). Sem exceção, as pessoas idosas detêm a igualdade de direitos e deveres e, sobretudo, da obrigação do Estado em garantir condições que admitam a ressalva da sua dignidade enquanto pessoas. São exemplos dessa salvaguarda a criação do Rendimento Mínimo Garantido, em 1991, e o Complemento Solidário para Idosos, em 2005 (Mendes e Xavier, 2017).

As pessoas idosas, independentemente da sua idade e/ou situação de dependência, são cidadãs dotadas de direitos previstos na CPR, como qualquer outra pessoa. É-lhes devido o respeito pela gestão da sua pessoa e dos seus bens de forma livre e autónoma.

A CPR ressalva o reconhecimento da dignidade humana, especificamente na pessoa idosa, no artigo 72º sob a epígrafe “terceira idade”, onde se lê, no ponto 1, que *“as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”*. O segundo ponto do referido artigo ressalva que *“a política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social*

*e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (República Portuguesa, 2005, p.29).*

Ser uma pessoa idosa não significa, necessariamente, encontrar-se em situação de fragilidade física, económica, social e emocional embora, no geral, este grupo detenha uma situação de vulnerabilidade acrescida, estando suscetível a práticas atentatórias dos seus direitos (Mendes e Xavier, 2017). Daí que seja fundamental o conhecimento dos direitos inerentes às pessoas idosas, especialmente por parte dos profissionais de saúde e particularmente dos enfermeiros que trabalham junto desta população, atuando também como seus “advogados” segundo uma conduta eticamente profissional. No artigo 99º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei nº156/2005 de 16 de setembro, referente aos princípios gerais, é assente no ponto 1 que “*As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (...)*” enquanto no ponto 3, sobre os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, inclui-se a alínea b) que diz que o enfermeiro tem como dever “*O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados*” (OE, 2005, p. 77). Ainda na mesma Lei, no artigo 100º Dos deveres deontológicos em geral, a alínea c) diz respeito ao dever do enfermeiro em “*Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)*” (OE, 2005, p.78).

A APAV define um conjunto de direitos, especificamente para este grupo, cujo fator idade se constitui característica comum (idade superior a 65 anos, em Portugal).

Foram transcritos e são apresentados em seguida, os Direitos da Pessoa Idosa, segundo a APAV:

#### Direito à Participação:

- As pessoas idosas devem permanecer integradas na sociedade, participar ativamente na formulação e na aplicação das políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e poder compartilhar os seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens;
- Poder procurar e aproveitar oportunidades de prestar serviços na comunidade e trabalhar voluntariamente em postos apropriados aos seus interesses e capacidades.

#### Direito à Saúde:

- As pessoas idosas devem poder desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade;
- Ter acesso a serviços de saúde que os ajudem a manter e recuperar o nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional, assim como para prevenir ou retardar o

surgimento da doença;

- Quando morar em lar ou instituição têm direitos a cuidados ou tratamentos, com pleno respeito pela sua dignidade assim como pelo seu direito de tomar decisões sobre o seu cuidado e qualidade da sua vida;
- Apoio económico para despesas com medicamentos e fraldas;
- A bonificação na comparticipação para a aquisição de medicamentos;
- A pessoa idosa vítima de violência doméstica, está isenta do pagamento de taxas moderadoras (Despacho nº 20509/2008, de 5 de agosto de 2008), no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

#### Direito à auto-realização:

- As pessoas idosas devem poder aproveitar as oportunidades para pleno desenvolvimento do seu potencial;
- Ter acesso aos recursos educativos, espirituais e recreativos da sociedade.

#### Direito à Dignidade:

- As pessoas idosas deverão poder viver com dignidade e seguridade, livres de explorações e de maus tratos físicos ou mentais;
- Receber um tratamento digno, independentemente da idade, sexo, raça ou etnia, ou outras condições, sendo valorizadas independentemente da sua condição económica.

#### Direito à Informação:

- O direito à informação é muito importante, pois só uma vítima bem informada pode participar devidamente no processo e exercer os seus direitos.
- A informação deve ser transmitida à vítima de uma forma simples, clara e numa linguagem adequada, de modo a que esta a possa compreender perfeitamente.

#### Direito à Alimentação:

- Há cada vez mais idosos que vivem em situação de total carência, precariedade e abandono, enquanto os seus familiares vivem em situação confortável. Assim sendo, a pessoa idosa tem direito a receber pensão de alimentos dos filhos ou outros descendentes desde que não possuam meios próprios de se sustentar.

#### Direitos na Justiça:

- O sistema de acesso ao direito e aos tribunais destina-se a assegurar que a ninguém seja dificultado ou impedido, em razão da sua condição social ou cultural, ou por insuficiência de meios económicos, o conhecimento, o exercício ou a defesa dos seus direitos

### Direitos Sociais:

Prestações Sociais - Estas prestações e complementos, de natureza pecuniária, visam compensar a perda de remuneração de trabalho ou assegurar valores mínimos de subsistência ou de combate à pobreza ao cidadão com 65 ou mais anos de idade.

- A possibilidade de os idosos que não efetuaram descontos e que não auferiram rendimentos de outra natureza terem direito a uma pensão - Pensão Social;
- Um valor pago mensalmente aos beneficiários que atinjam a idade para ter acesso à pensão e que reúnam as condições exigidas - Pensão de velhice;
- Valor pago mensalmente às pessoas que atinjam a idade para ter acesso à pensão (66 anos de idade em 2014 e 2015), desde que reúnam as condições de atribuição- Pensão Social de Velhice;
- A possibilidade de em situação de dependência ser requerida uma prestação em adição à pensão - Complemento de Dependência;
- Valor pago mensalmente aos idosos com mais de 66 anos, com baixos recursos e residentes em Portugal - Complemento Solidário para Idosos;
- O processo de comparticipação para lar;
- Apoio concedido aos idosos que recebem o Complemento Solidário para Idosos, para reduzir as despesas com a Saúde - Benefícios Adicionais de Saúde;
- Prestações pecuniárias com carácter eventual constituem um instrumento da intervenção da ação social na prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socioeconómica, para despesas de habitação, alimentação, medicamentos, etc.

### Direito à Independência:

- Ter acesso a alimentação, água, habitação, vestuário, saúde, apoio da família e da comunidade adequados;
- Ter oportunidade de trabalhar ou de ter acesso a outras formas de criação de rendimentos;
- Poder viver na sua casa tanto tempo quanto possível;
- Poder viver em ambientes seguros adaptáveis à sua preferência pessoal, que sejam passíveis de mudança.

### Direito ao trabalho:

- A pessoa idosa tem direito ao exercício da atividade profissional, respeitando as suas condições físicas, intelectuais e psíquicas
- A pessoa idosa tem direito à retribuição, o direito à prestação
- Trabalho em condições de higiene e segurança.

(APAV, 2014)

### 1.7.2. Regime Jurídico do Maior Acompanhado

O Regime Jurídico do Maior Acompanhado, aprovado pela Lei nº 49/2018 de 14 de agosto, permite a qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento se encontre impossibilitada de exercer pessoal, plena e conscientemente os seus direitos ou de cumprir os seus deveres, sendo uma decisão judicial determinada pelo Tribunal, sendo que este pode igualmente determinar medidas de acompanhamento provisórias e urgentes, necessárias para providenciar quanto à pessoa e bens da mesma (Diário da República (DR), 2018). A pessoa em questão pode escolher antecipadamente por quem quer ser acompanhado (pessoa ou pessoas incumbidas de a ajudar ou representar na tomada de decisões de natureza pessoal ou patrimonial) e a sua decisão deve ser respeitada (AMA – Agência para a Modernização Administrativa, 2021; DR, 2018). No ponto 1 do artigo 141º é explícito que “O acompanhamento é requerido pelo próprio ou, mediante autorização deste, pelo cônjuge, pelo unido de facto, por qualquer parente sucessível ou, independentemente de autorização, pelo Ministério Público” (DR, 2018).

De acordo com o artigo 140º - *objetivo e supletividade*, ponto 1, da referida Lei, “o acompanhamento do maior visa assegurar o seu bem-estar, a sua recuperação, o pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres, salvo as exceções legais ou determinadas por sentença” (DR, 2018, p.4073).

Relativamente ao acompanhante, este dever ser maior e pleno dos seus direitos, escolhido pelo acompanhado ou representante legal e, na impossibilidade de escolha, “o acompanhamento é deferido, no respetivo processo, à pessoa cuja designação melhor salvaguarde o interesse imperioso do beneficiário, designadamente: a) Ao cônjuge não separado, judicialmente ou de facto; b) Ao unido de facto; c) A qualquer dos pais; d) À pessoa designada pelos pais ou pela pessoa que exerça as responsabilidades parentais, em testamento ou em documento autêntico ou autenticado; e) Aos filhos maiores; f) A qualquer dos avós; g) À pessoa indicada pela instituição em que o acompanhado esteja integrado; h) Ao mandatário a quem o acompanhado tenha conferido poderes de representação; i) A outra pessoa idónea” (artigo 143º, DR, 2018, p. 4074).

Quanto ao âmbito e conteúdo do acompanhamento, definido no artigo 145º, “O acompanhamento limita -se ao necessário” (ponto 1) e no ponto 2 é descrito “Em função de cada caso e independentemente do que haja sido pedido, o tribunal pode cometer ao acompanhante algum ou alguns dos regimes seguintes: a) Exercício das responsabilidades parentais ou dos meios de as suprir, conforme as circunstâncias; b) Representação geral ou representação especial com indicação expressa, neste caso,

*das categorias de atos para que seja necessária; c) Administração total ou parcial de bens; d) Autorização prévia para a prática de determinados atos ou categorias de atos; e) Intervenções de outro tipo, devidamente explicitadas” (DR, 2018, p.4074).*

A referida Lei nº 49/2018 de 14 de agosto pode ser consultada em Anexo III.

A Convenção de Nova Iorque de 2007 veio promover uma mudança de paradigma, uma vez que convidou diversos Estados, incluindo o Português (que a ratificou em 2009) a assegurar “(...) *que todas as medidas que se relacionem com o exercício da capacidade jurídica fornecem as garantias apropriadas e efetivas para prevenir o abuso de acordo com o direito internacional dos direitos humanos. Tais garantias asseguram que as medidas relacionadas com o exercício da capacidade jurídica em relação aos direitos, vontade e preferências da pessoa estão isentas de conflitos de interesse e influências indevidas, são proporcionais e adaptadas às circunstâncias da pessoa, aplicam-se no período de tempo mais curto possível e estão sujeitas a um controlo periódico por uma autoridade ou órgão judicial competente, independente e imparcial. As garantias são proporcionais ao grau em que tais medidas afetam os direitos e interesses da pessoa.*”

Esta mudança agora legislada, constitui um enorme desafio para magistrados, advogados e para todos os cidadãos, tendo como perspetiva a diminuição do estigma anteriormente associado a estes processos e o aumento do número de pessoas com os seus direitos devidamente assegurados, com apoio judicial (AMA, 2021).

## 2. Projeto Linha 65

O Projeto Linha 65 tem como população-alvo a pessoa idosa e/ou dependente, num contexto de saúde comunitária. Caracteriza-se por prestar apoio a pessoas idosas (idade igual ou superior a 65 anos) e/ou em situação de dependência ou de isolamento, para sinalização e denúncia de maus-tratos, situações de violência doméstica e outras situações de risco ( [REDACTED] servicos/linha-65)

O supracitado Projeto - Linha 65 – é uma linha concelhia de apoio à terceira idade e a pessoas dependentes, que está disponível gratuitamente, 24h/dia, através de um número telefónico e é promovido por uma IPSS, a [REDACTED] - Associação de Solidariedade ( [REDACTED] servicos/linha-65)

A sua visão é responder às necessidades de uma população idosa como sendo um grupo heterogéneo, com problemas específicos e a necessitar de uma abordagem qualificada e distinta do atual modelo vigente, evitar gastos elevados com a saúde e prevenir a exclusão social dos idosos pelo perigo elevado que isso acarreta.

Como missão, defende criar mais opções que possam dar resposta às necessidades dos idosos e de outras pessoas dependentes.

Os seus principais objetivos são:

- Proporcionar uma via de denúncia rápida e efetiva de maus tratos físicos e psicológicos para pessoas idosas e dependentes ao mesmo tempo que se dá uma resposta a essa problemática;
- Estabelecer um programa de apoio e de inclusão social a pessoas idosas e dependentes.

(Linha 65, 2020)

Este projeto surgiu do sonho de uma pessoa com paixão pela ajuda ao próximo e com a noção das necessidades de que a população idosa carece. O fundador e coordenador do Projeto não sabe precisar a data em que ele nasceu, mas informou, numa reunião formal realizada a 17 de outubro de 2021, que surgiu no âmbito de uma candidatura à Câmara Municipal [REDACTED] para Projetos Inovadores no Concelho. Inicialmente, o foco era sinalizar situações de violência na população idosa e após o conhecimento das situações, as visitas eram realizadas semanalmente. Contudo, perante a identificação das várias necessidades da população abrangida, o Projeto foi crescendo e passaram a ser sinalizadas outras situações de risco para este grupo.

Perante a pandemia por COVID - 19 e tendo em conta o aumento das necessidades da população, particularmente da população idosa, as visitas passaram a ocorrer diariamente, graças a um grupo de pessoas com sentido humanitário. O intuito foi combater, em particular, a situação de isolamento social, agravada pelo contexto da pandemia. Por outro lado, foi dado apoio ao suprimento das necessidades de alimentação, compras e outras intervenções prioritárias. Neste contexto, foi ainda criada uma linha de apoio psicológico, que teve enorme adesão.

O financiamento do Projeto é assegurado pelos parceiros e é oferecido apoio social por parte de 14 associações/ instituições de apoio a idosos.

Para além de tudo isto, é perentória a atribuição do complemento social para idosos a todas aqueles que são seguidos pelo Projeto.

O Projeto conta com a colaboração de diversos parceiros da comunidade, nomeadamente: [REDACTED] UCC [REDACTED] ACES [REDACTED] Instituto da Segurança Social I.P., Polícia de Segurança Pública (PSP), Guarda Nacional Republicana (GNR), Câmara Municipal [REDACTED] Junta de Freguesia [REDACTED] Junta de Freguesia de [REDACTED] Junta de Freguesia [REDACTED] Freguesias [REDACTED] de [REDACTED] e AURPI (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos) da [REDACTED]

Quanto à intervenção, pressupõe-se o acompanhamento das situações sinalizadas, por via das visitas domiciliárias (VD), articulando com a equipa de saúde (UCC [REDACTED] para avaliação da situação e consequentes encaminhamentos necessários. A equipa deste projeto intervém para que o envelhecimento desta população seja feito de uma forma saudável e com dignidade, numa perspetiva de combate ao isolamento e violência a que a população está sujeita (Linha 65, 2020).

Segundo o coordenador, as VD, deveriam ser, preferencialmente, com a participação da [REDACTED], na pessoa da Assistente Social, do setor da Saúde, representado pela UCC [REDACTED] e da PSP, o que infelizmente, por falta de recursos, nem sempre acontece.

Segundo a própria fonte - Linha 65, o foco das sinalizações são: perda/ausência de autonomia, doença mental, conflitos familiares, violência/maus tratos/negligência, isolamento social, ausência/insuficiência de rendimentos e/ou condições habitacionais precárias (Linha 65, 2020).

Os encaminhamentos das situações sinalizadas são, habitualmente, realizados para os serviços de saúde, prestações sociais, respostas sociais como Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia ou Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), serviços da Câmara Municipal [REDACTED] e/ou Ministério Público (Linha 65, 2020).

A UCC [REDACTED] enquadra o Projeto numa ação de parceria, com foco nos cuidados de saúde no âmbito da prevenção primária.

As denúncias/sinalizações podem ser feitas por qualquer pessoa ou entidades, sendo os casos analisados pela Equipa de Coordenação e posteriormente encaminhadas para as equipas de intervenção no terreno que atuam nas várias zonas do concelho [REDACTED]

Após a receção da denúncia pela equipa da [REDACTED], esta é encaminhada para os parceiros, de forma a terem conhecimento da situação, previamente à intervenção no local. A intervenção é realizada no domicílio da pessoa sinalizada, através de uma VD em equipa (Técnica de Serviço Social -TSS, Enfermeiro, da UCC [REDACTED] com ou sem a PSP).

## **2.1. Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65**

O exercício profissional da Enfermagem tem como foco a relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas (família ou comunidades). Ambos os intervenientes detêm quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, resultado do seu processo de desenvolvimento e do seu ambiente envolvente. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (OE, 2012).

A tomada de decisão do enfermeiro, orientadora do exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática que implica a identificação das necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Posteriormente à identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são estabelecidas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. O enfermeiro utiliza conhecimentos baseados na evidência científica durante todo o processo de tomada de decisão (OE, 2012).

No âmbito do Projeto Linha 65, o enfermeiro desenvolve a sua ação com um grupo de pessoas vulneráveis – as Pessoas Idosas. Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desempenha um papel crucial, uma vez que o cliente em foco é um grupo, havendo a necessidade de contribuir para o processo de

capacitação do mesmo (competência específica) e, em particular, na área de saúde familiar pelas competências adquiridas “*Cuida a família enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção; e, Lidera e colabora em processos de intervenção, no âmbito da enfermagem de saúde familiar*” (OE, 2018, p.19355).

Apesar disto, a sua intervenção é individualizada a cada pessoa, grupo ou família, através da identificação das necessidades de cada uma e da implementação de estratégias adequadas a cada situação.

### **2.1.1. Visita Domiciliária (VD)**

A avaliação realizada pelo enfermeiro para o levantamento das necessidades existentes é realizada em contexto de VD, em conjunto com um TSS da [REDACTED] e, em algumas situações, com outras entidades, como por exemplo, a PSP. A VD é programada e agilizada pelos enfermeiros da UCC [REDACTED] e pelos profissionais da [REDACTED]. A primeira VD acontece após a receção de uma sinalização, que pode ser realizada por qualquer pessoa (individual, profissional de saúde, instituição, etc.), de forma identificada ou anónima. É geralmente recebida pela [REDACTED] e encaminhada para a UCC [REDACTED] por email. Quando a sinalização chega primeiramente à equipa de enfermagem da UCC, esta é encaminhada para a [REDACTED], igualmente por email. Isto acontece porque o responsável do projeto é a referida instituição e a UCC funciona em parceria com a mesma.

Aquando da VD, o enfermeiro já tem conhecimento se é uma visita de primeira vez ou visita de Monitorização e dos dados pessoais da pessoa/família (geralmente nome e morada), confirmando-os no momento da mesma. São também recolhidos os restantes elementos de identificação e todos os dados pertinentes para o encaminhamento da situação em análise. Para além disto, durante a VD, o enfermeiro realiza as seguintes avaliações:

- **Estado de consciência** – permite a avaliação do estado de lucidez em que a pessoa se encontra, podendo apresentar alterações que variam da consciência plena ao coma. Inclui o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento e a capacidade de responder a estímulos voluntária e conscientemente.

- **Estado de orientação** – permite avaliar se o cliente consegue reconhecer dados da realidade (tempo, espaço, situação), de si mesmo e em relação aos outros
- **Humor** – possibilita a avaliação da tonalidade de sentimento predominante e mais constante, a qual poderá influenciar a percepção de si mesmo e do mundo ao redor do cliente, ou seja, o humor consiste na emoção predominante mais constante
- **Estado Geral** – percepção da aparência geral (cuidada ou não), estado da pele (integridade), estado nutricional (défice ou excesso de peso) e de hidratação (avaliados sinais de desidratação)
- **Grau de dependência para realização das AVD's**– permite a avaliação das necessidades de ajuda nas diferentes AVD's
- **Condições de Higiene e Vestuário** - permite perceber qual a forma como a pessoa cuida de si própria ou como é cuidada pelo seu cuidador
- **Condições Habitacionais** (acessos, estado geral da casa e do mobiliário, disposição do mobiliário, luminosidade, limpeza, presença de barreiras físicas – degraus, tapetes, etc.) – permite identificar riscos para a mobilidade e para a saúde e perceber que tipo de apoio necessita nesse sentido
- **Rede de suporte social** – permite perceber o nível de risco de isolamento social e de carência de cuidados, quando não é capaz de suprir as suas necessidades autonomamente
- **Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (consulta do boletim de vacinas e/ou Registo de Saúde Eletrónico – área do profissional (RSE AP)**  
– uma vez que a vacinação é um direito e um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar a cidadania. Estar vacinado é também uma responsabilidade e um ato de solidariedade. A consulta do RSE AP é abordada adiante.

- **Risco de Queda (através da aplicação da Escala de Morse)** – as quedas são classificadas como um problema de saúde pública e são consideradas como a segunda principal causa de morte por lesão acidental ou não intencional, em todo o mundo (WHO, 2010). É particularmente importante a avaliação no domicílio, tendo em conta as condições habitacionais, também avaliadas aquando da VD, como já referido.
- **Risco de Úlcera por Pressão - UPP** (através da aplicação da Escala de Braden) – a avaliação do risco de UPP permite a elaboração de um plano de cuidados adequados com intervenções adequadas à sua prevenção. Segundo a Orientação da DGS de 2011, a avaliação, em contexto domiciliário, deve ser realizada na primeira visita (DGS, 2011).

Em conjunto com a TSS, o enfermeiro recolhe os dados sobre o motivo de sinalização, averiguando a veracidade da informação fornecida na mesma.

Após a avaliação são definidas as necessidades da pessoa/família, sugeridas as estratégias de intervenção possíveis e solicitado o consentimento para dar continuidade ao processo de acompanhamento. Naturalmente, a pessoa é livre de decidir se quer continuar a ser acompanhada pelo projeto ou não.

Por fim, são realizados Ensinos adequados às necessidades da pessoa/família em foco.

Terminada a VD, o enfermeiro reúne a informação disponibilizada, solicita à administrativa da UCC a ficha de identificação/folha de rosto do utente e complementa o processo do utente com a informação clínica que se encontrar disponível através da consulta do programa SClinico (após obtenção do consentimento durante a VD). A informação clínica relevante é anexada ao processo do utente (é impressa e unida à restante informação).

Para além disso, é feita a articulação com a equipa de família, expondo a situação avaliada e solicitando informações clínicas relevantes e adicionais para que se possa realizar a intervenção da forma mais adequada (uma vez que nem sempre é possível obter informação através da consulta no SClinico). Esta articulação é realizada através de um contacto via email dirigido ao médico de família, ao enfermeiro de família e à coordenação de enfermagem, à coordenação da unidade funcional e à enfermeira coordenadora da UCC. Desta forma pretende-se que todos os profissionais de saúde sejam envolvidos na ação para o melhor encaminhamento e resolução da situação.

### **2.1.2. Consulta de Informação e Registos**

O SClínico é a ferramenta informática para os registos de enfermagem existente na UCC [REDACTED]. É formulado o Processo de Enfermagem com o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, registada a informação pertinente em notas de contacto, atribuídos os programas e projetos de saúde no qual o utente deve ficar integrado e marcados agendamentos. Existe uma sequência de passos específicos a seguir para que a informação fique devidamente registada e o processo corretamente construído.

Para além disso, é através do SClínico que é possível aceder ao RSE AP e ao processo clínico dos utentes, de forma a complementar a história clínica dos mesmos e anexar ao seu processo, em formato físico, tal como já foi referido anteriormente.

Para uma melhor compreensão do procedimento de consulta de informação no RSE AP, da consulta de informação clínica do utente e da realização de registos e atitudes no programa SClínico, foi criada uma sessão de *print screens* que demonstram todos os passos a seguir, e que são apresentados em seguida.

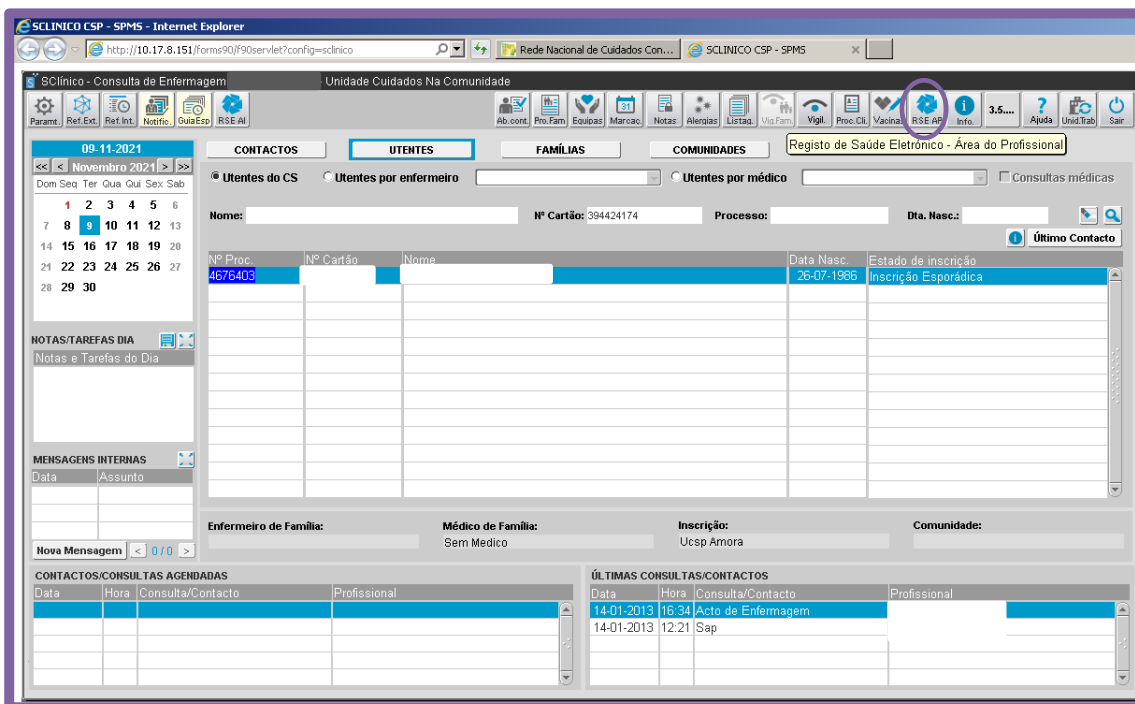
### **2.1.3. Consulta RSE AP**

Quando a pessoa não disponibiliza o boletim de vacinas, a verificação se o PNV (Programa Nacional de Vacinação) se encontra atualizado ou não, é feita através de consulta na plataforma informática: RSE AP. É verificado, da mesma forma, se foram realizadas outras vacinas, tais como a da Gripe, a Pneumocócica e, mais recentemente, a COVID-19. Quando se identifica o estado de não atualização do PNV, essa informação é transmitida à equipa de família, no email que foi mencionado anteriormente.

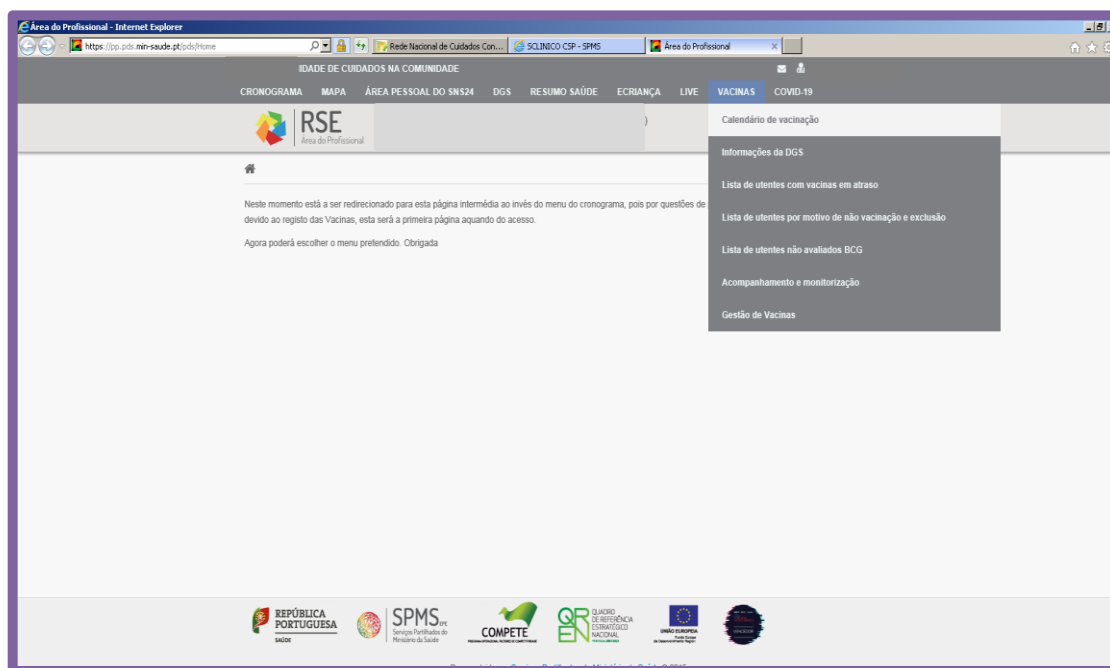
O RSE AP consulta-se através de um botão existente no Programa SClínico, por isso, é este programa que se abre primeiramente.

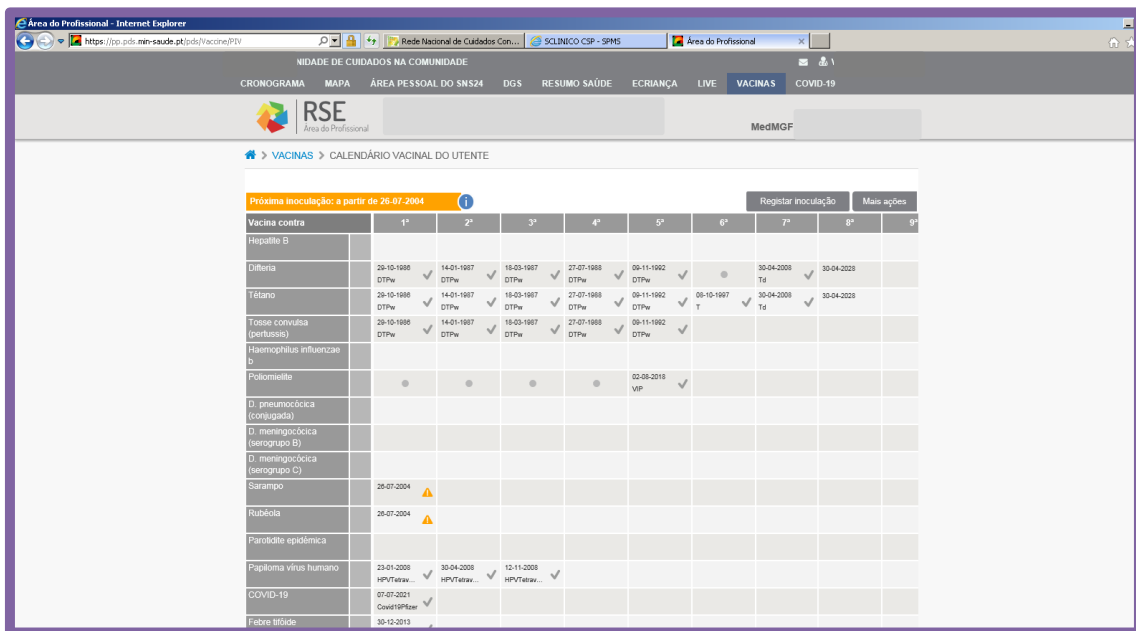
Após a abertura do programa, abre-se o separador utentes e faz-se a pesquisa por nome, número de utente, número de processo e/ou data de nascimento. O utente aparece, então, listado.

Para a consulta de informação no RSE AP, clica-se no botão respetivo, como é visível na imagem.

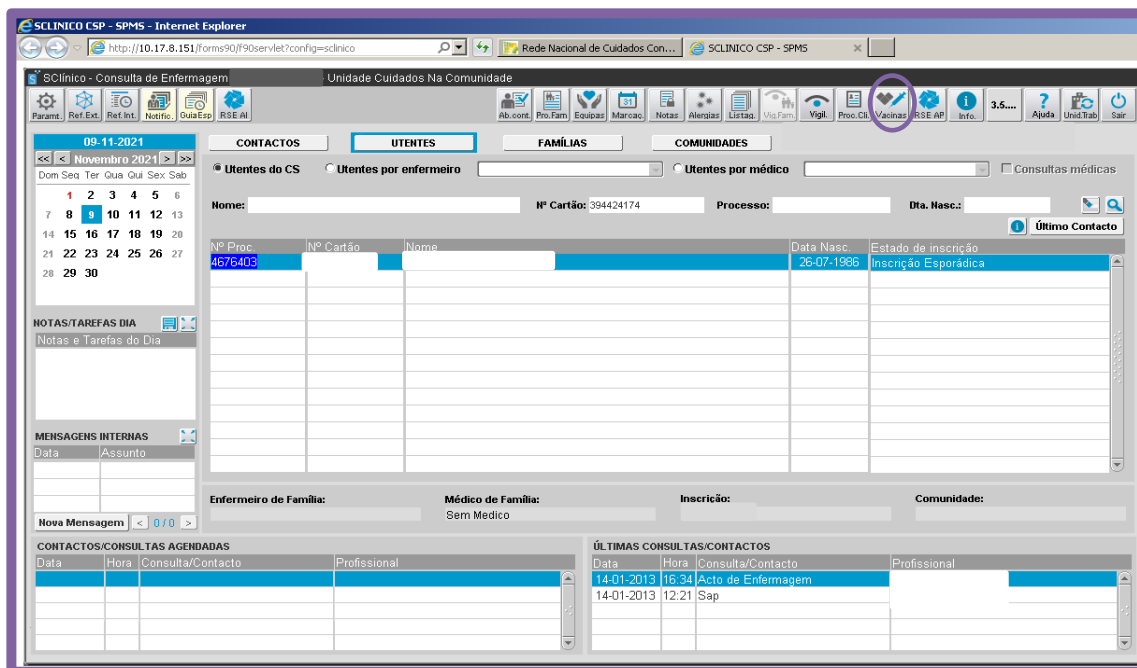


Na imagem seguinte é visível a imagem do RSE e o local onde se deve clicar (*Vacinas*) para aceder ao plano de vacinação (*Calendário de Vacinação*) do utente.



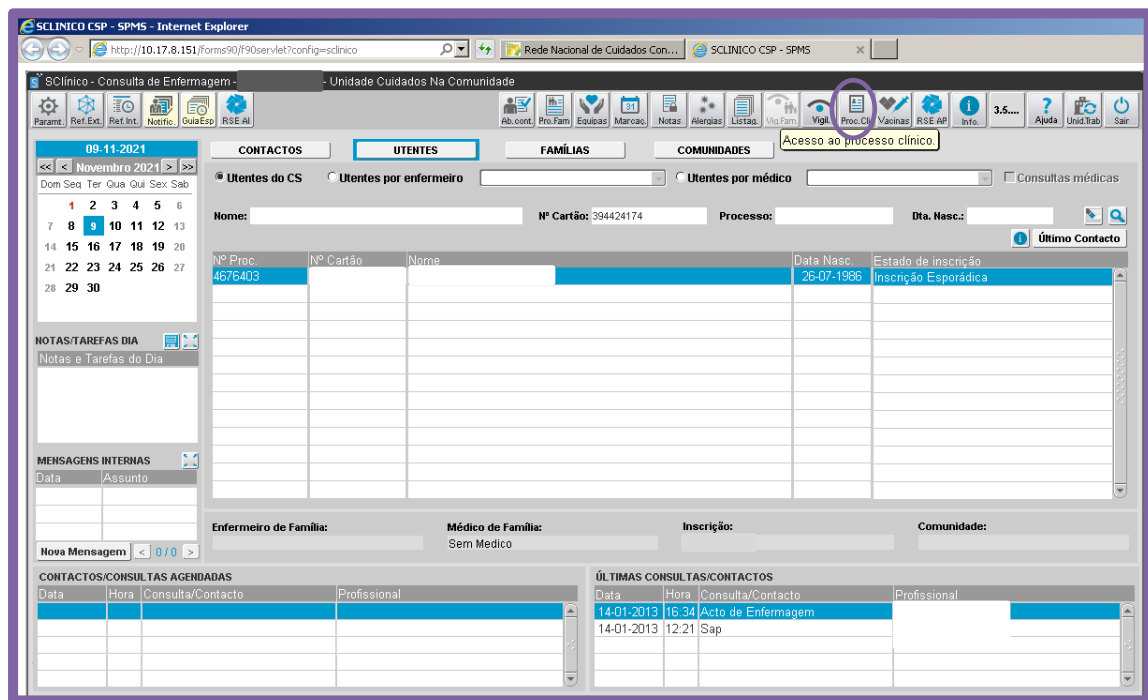


Também é possível aceder à informação sobre o plano de vacinação, acedendo através do botão respetivo *Vacinas*. A informação visível através deste botão é a mesma que se encontra na imagem anterior, relativa ao plano de vacinas do utente.

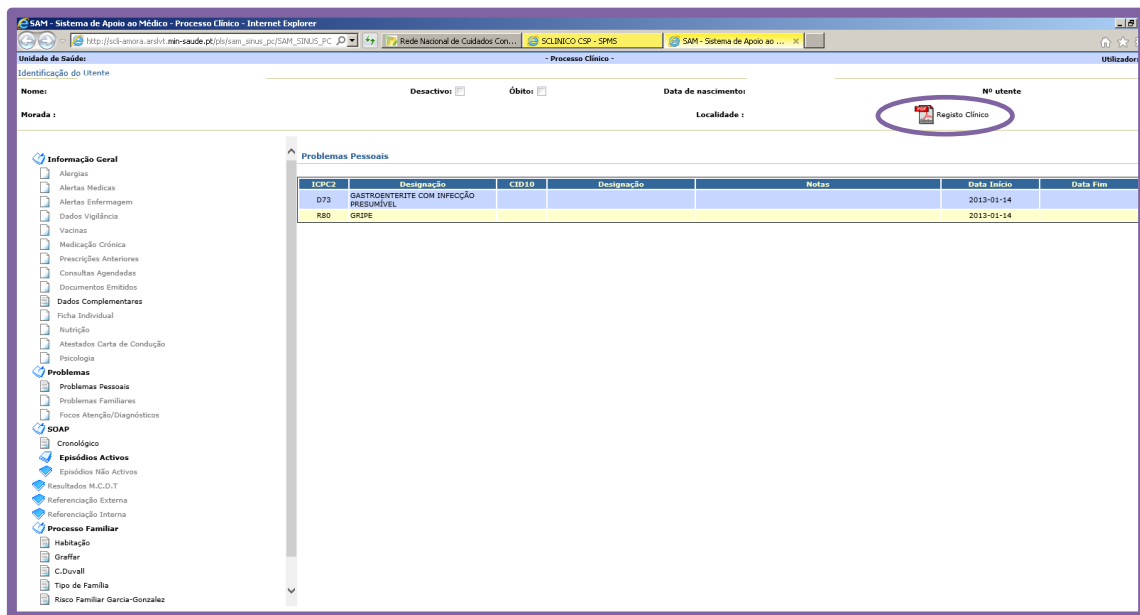


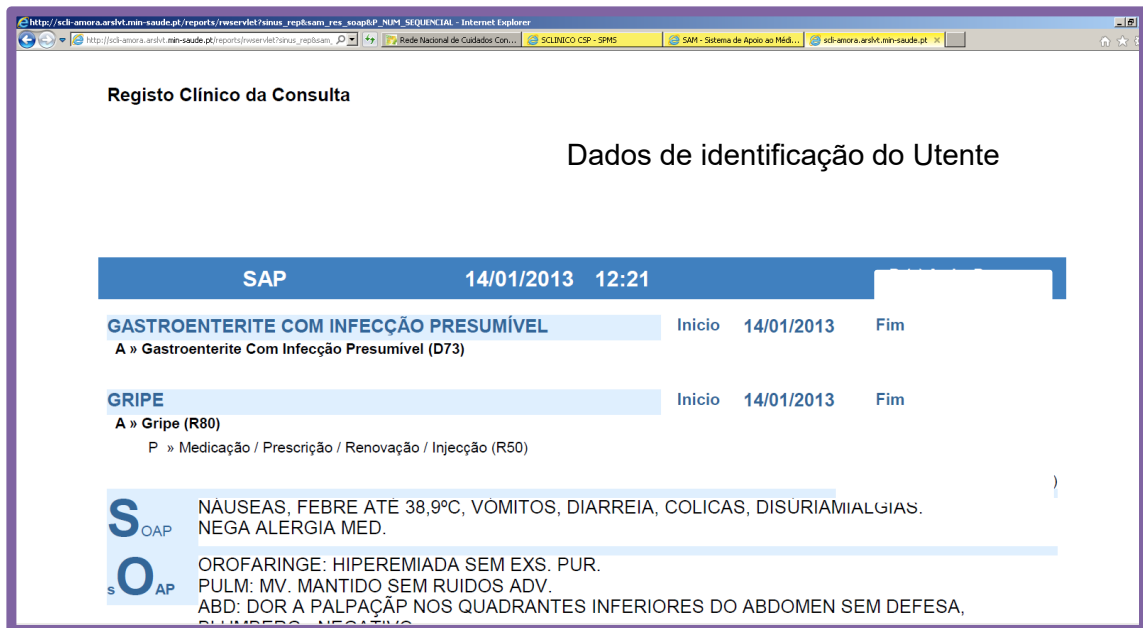
## 2.1.4. Consulta de Informação Clínica

As informações clínicas disponíveis podem ser visualizadas através do botão *Proc. Cli.*, como se vê na imagem.



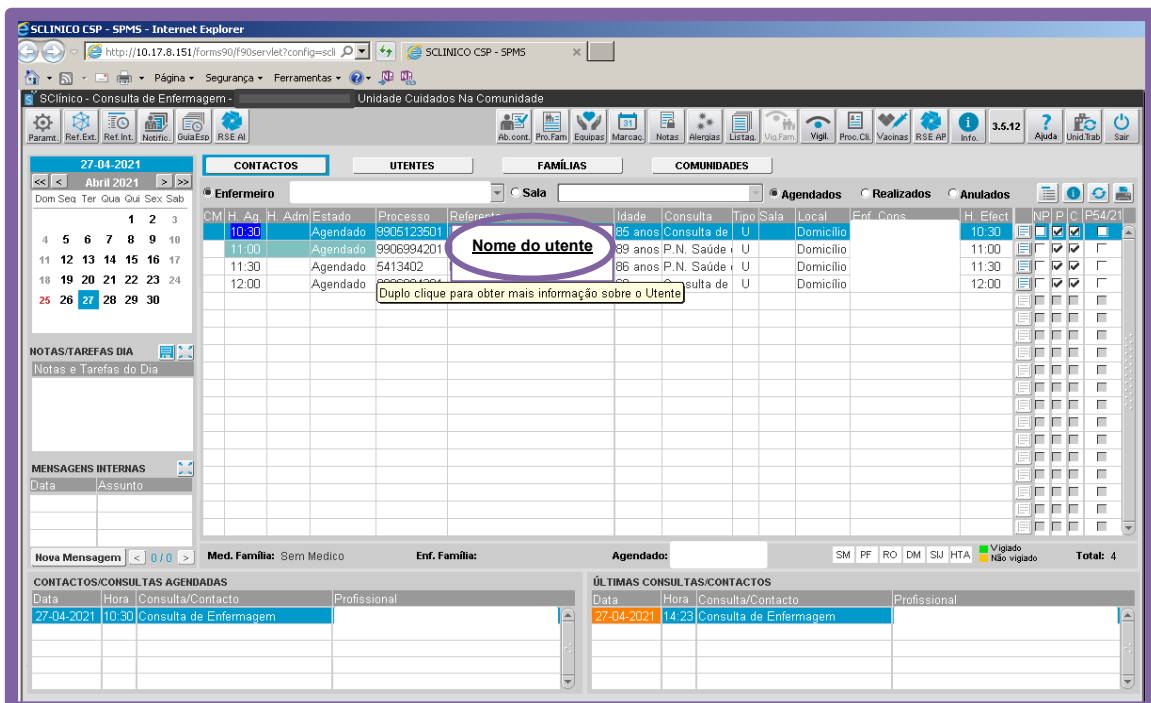
A imagem demonstra as informações que se encontram disponíveis, sendo possível aceder ao *Registo Clínico*, no local indicado. De ressaltar que muita informação não se encontra disponível para consulta.



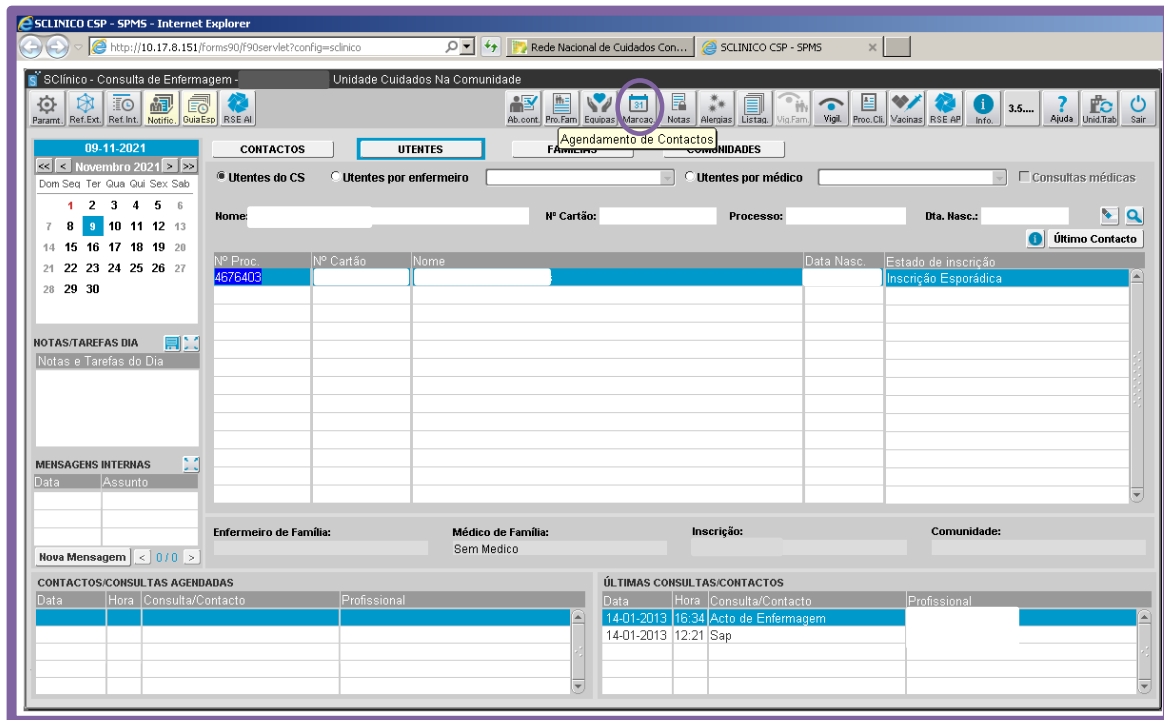


### 2.1.5. Procedimento em SClínico

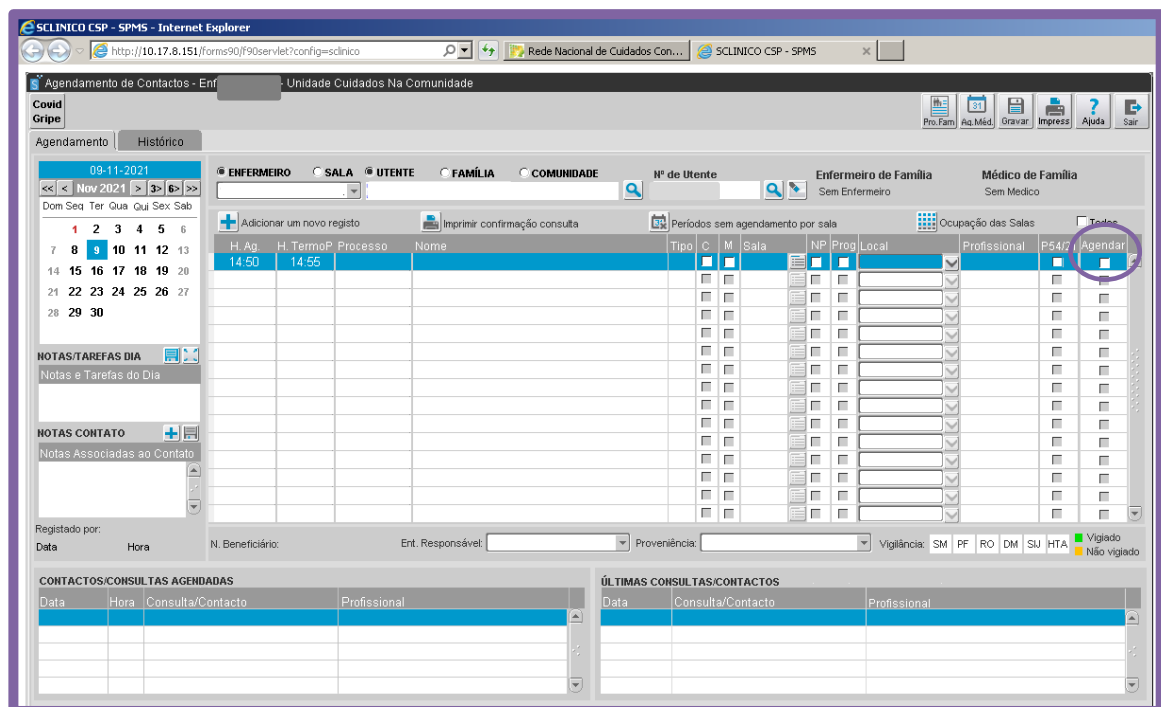
Após abrir o programa, o enfermeiro visualiza a sua agenda do dia. Para aceder ao utente pretendido, deve clicar duas vezes em cima do seu nome.



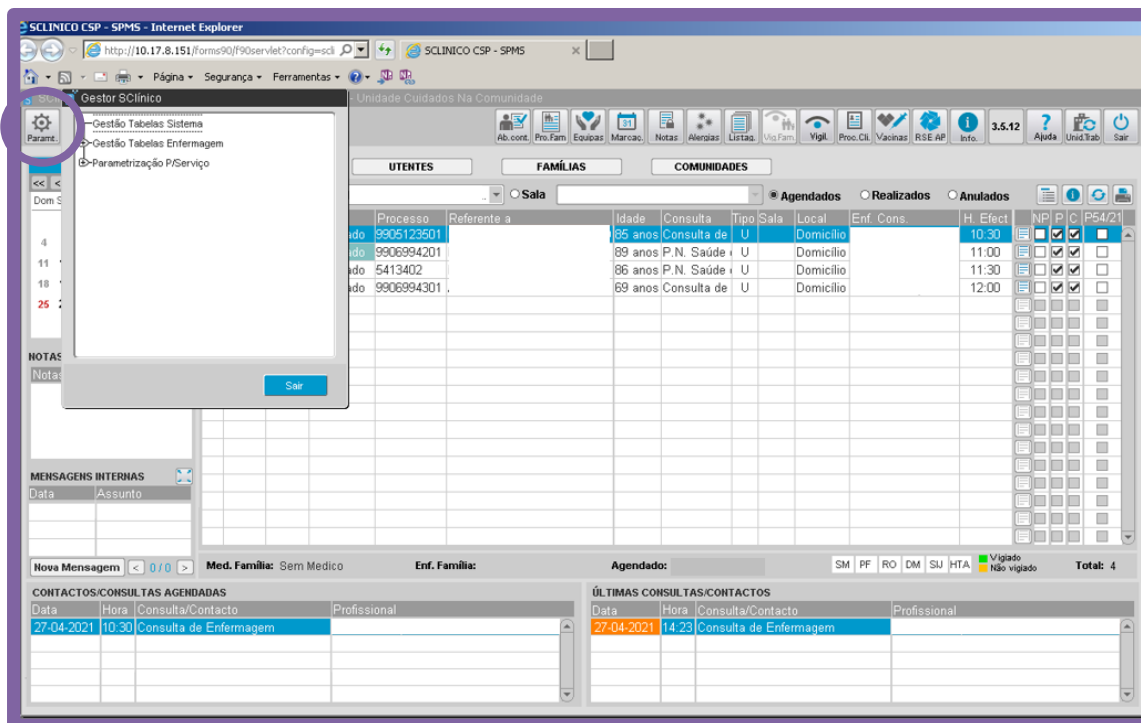
Caso o utente não esteja previamente agendado, deve ser feito o agendamento clicando em Marcações, como se vê na imagem abaixo. Previamente, deve ser feita a pesquisa do utente, que nesta página se encontrará visível.



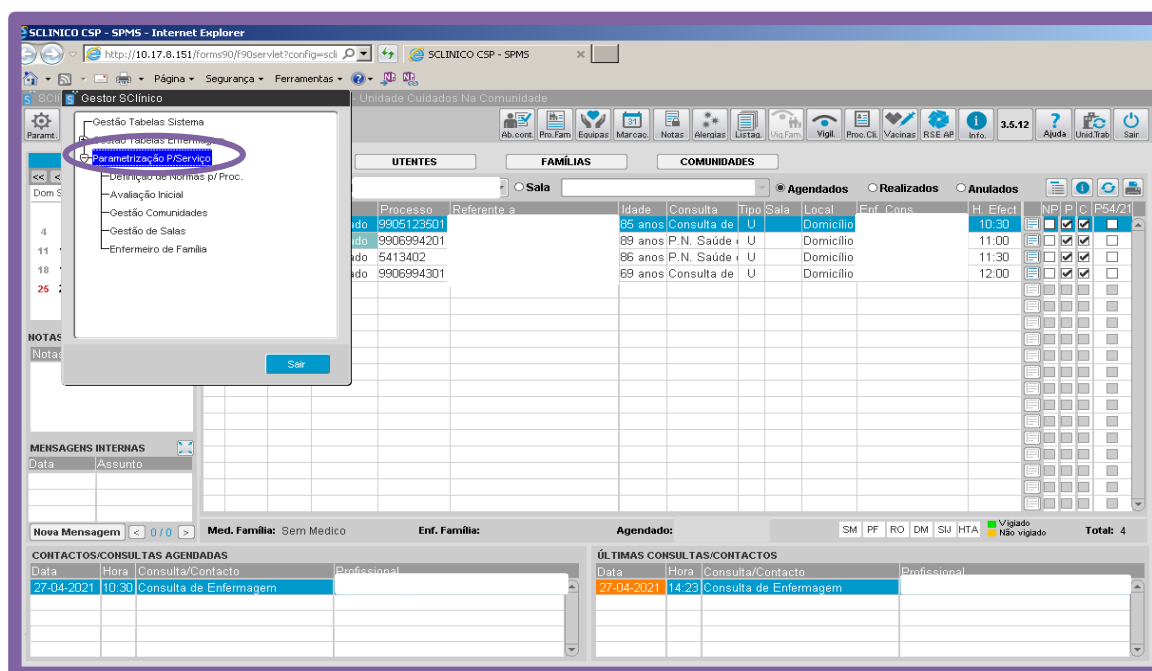
Após clicar no referido botão, fica visível a agenda do enfermeiro. No local da hora é possível alterar para a desejada e de seguida deve clicar-se em agendar, como assinalado na imagem.

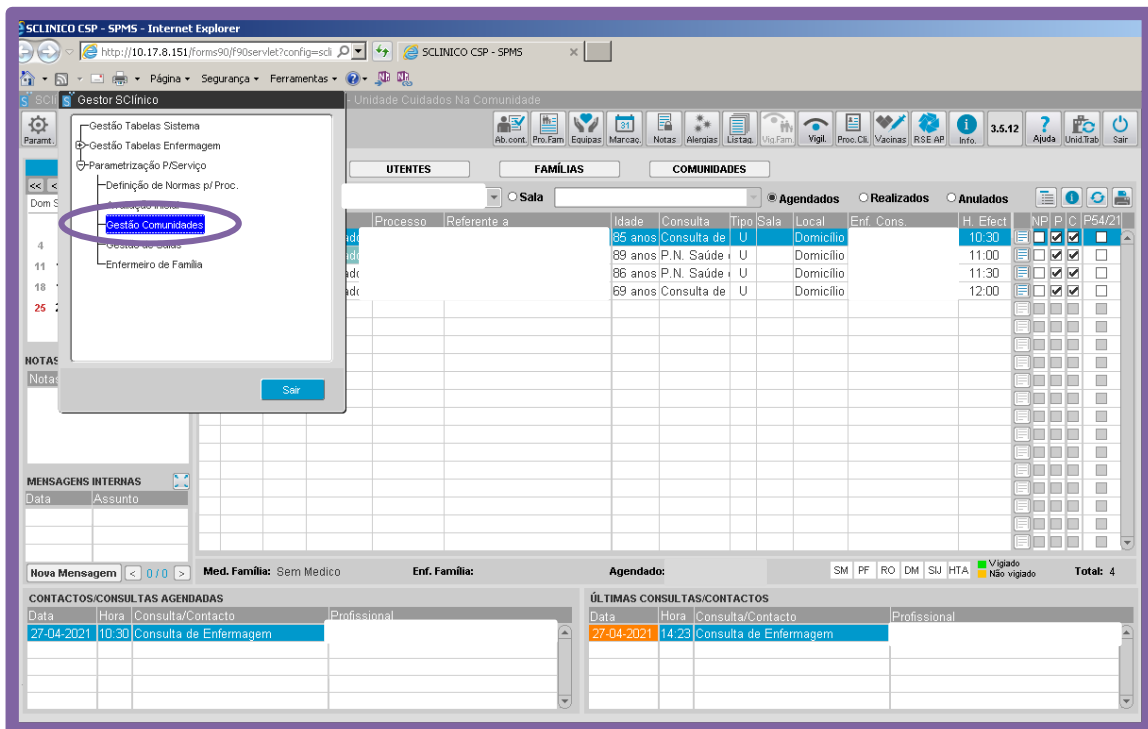


Em seguida, é necessário atribuir ao utente quais os programas e/ou projetos no qual se enquadra. Para isso, clica-se em *Paramt.*, no canto superior esquerdo do ecrã, conforme indica a imagem abaixo.

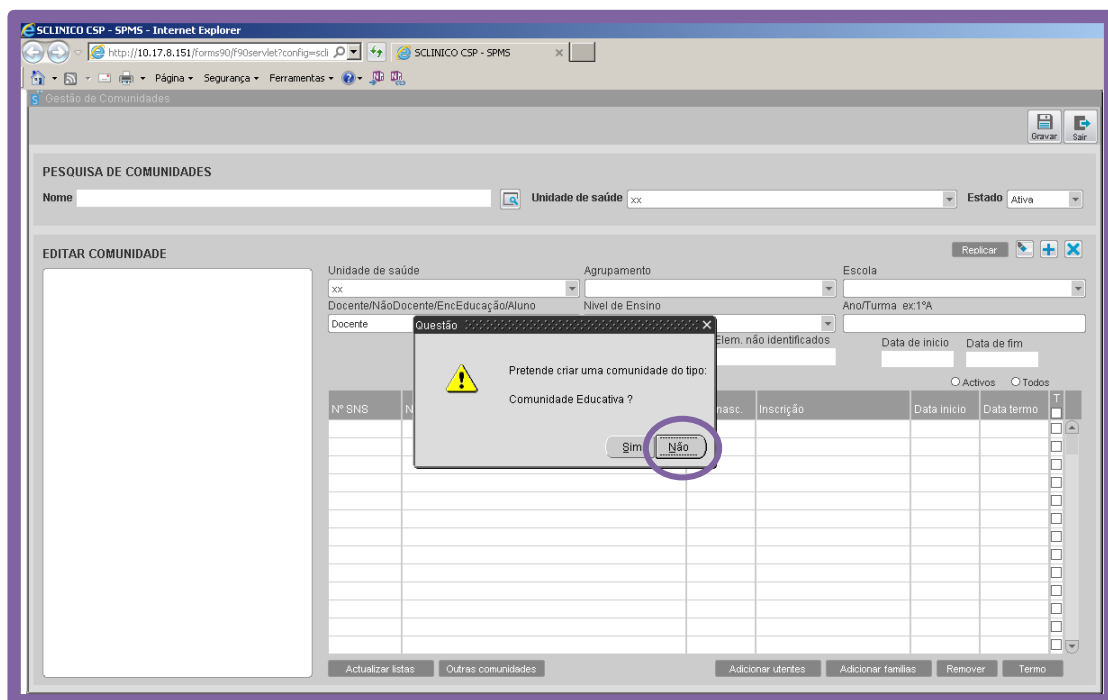


A opção seguinte é *Parametrização por Serviço*, seguida de *Gestão Comunidades*, conforme indicam ambas as imagens seguintes.

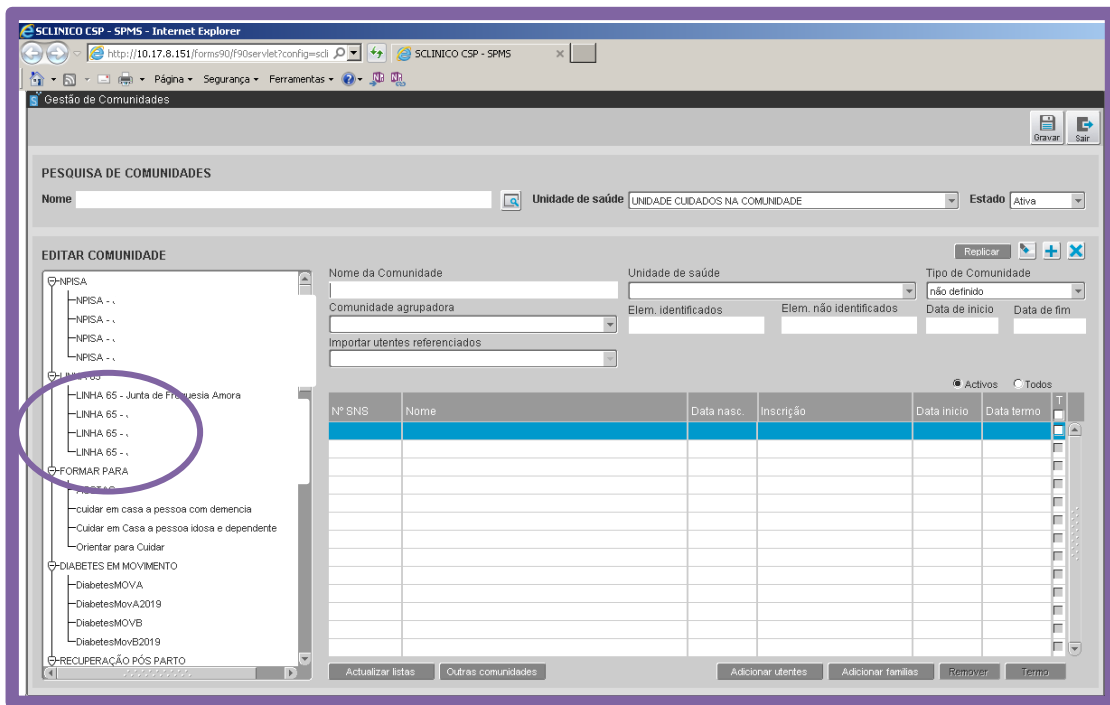




O sistema questiona se pretende criar uma comunidade do *tipo* *Comunidade Educativa*, sendo a resposta *Não*.

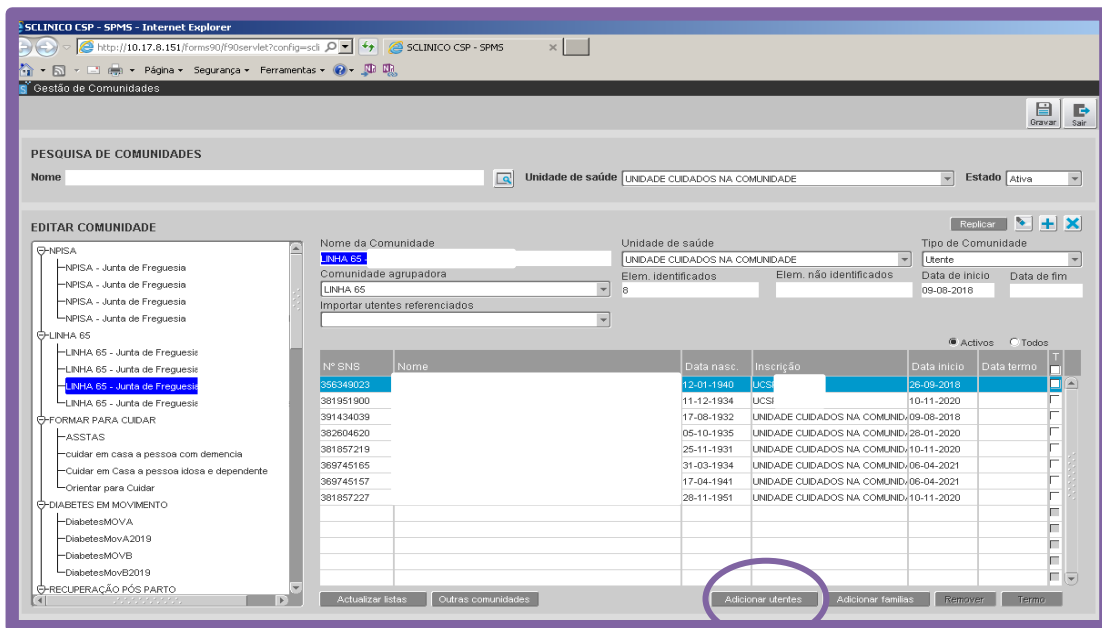


Posteriormente abre-se o quadro para a seleção das comunidades/programas e projetos a integrar, sendo que aqui é apenas selecionado a Linha 65. As opções incluem a Freguesia a que pertence o utente, que deverá ser tido em consideração. A seleção é feita na coluna da esquerda.



Ao se clicar no Projeto (associado à Freguesia, por defeito) aparece a lista de utentes já integrados no mesmo. Para adicionar um novo utente deve clicar-se no botão *Adicionar Utentes*, fazer a *pesquisa pelo número de utente (SNS)* e quando aparece o nome pretendido, valida-se o mesmo com um novo clique na caixa associada e destacada na imagem correspondente.

### Adicionar Utentes



## Pesquisa SNS

The screenshot shows the 'ADICIONAR UTENTES' dialog box in the SCLINICO CSP - SPMS application. The 'Pesquisa' field is highlighted with a purple oval. The dialog box contains a search form with fields for 'Nome', 'Nº SNS', 'NOP', 'Nome', 'Dta nasc.', 'Idade de a', 'Estado', 'Freguesia', and 'Inscrição'. Below the search form is a table with columns: 'Nº SNS', 'Nome', 'Dta nasc.', 'Morada', 'Inscrição', and 'NOP'. The table contains several rows of data, including:

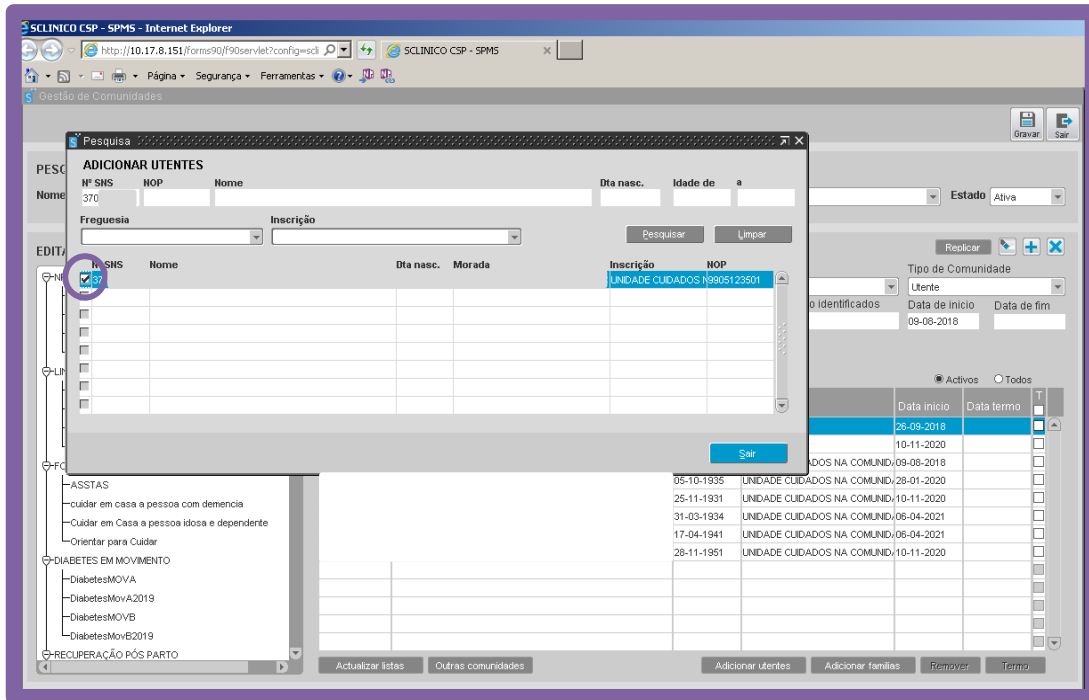
Nº SNS	Nome	Dta nasc.	Morada	Inscrição	NOP
05-10-1935	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	28-01-2020			
25-11-1931	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	10-11-2020			
31-03-1934	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	06-04-2021			
17-04-1941	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	06-04-2021			
28-11-1951	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	10-11-2020			

## Nome do Utente

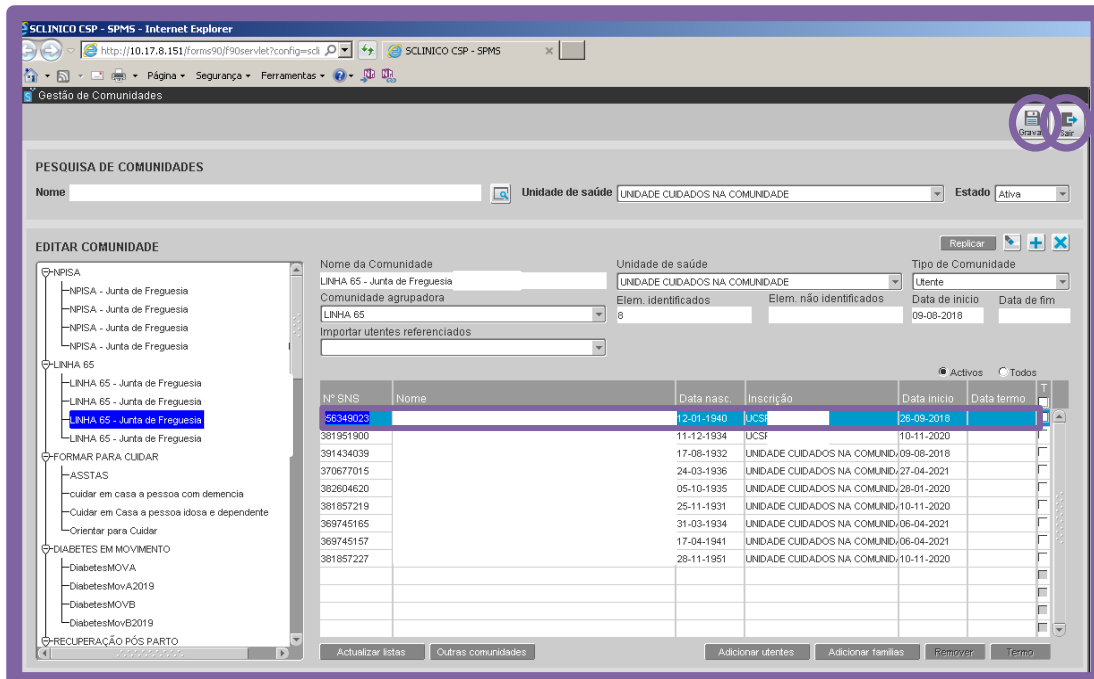
The screenshot shows the 'ADICIONAR UTENTES' dialog box in the SCLINICO CSP - SPMS application. The 'Nome' field is highlighted with a purple oval. The dialog box contains a search form with fields for 'Nome', 'Nº SNS', 'NOP', 'Nome', 'Dta nasc.', 'Idade de a', 'Estado', 'Freguesia', and 'Inscrição'. Below the search form is a table with columns: 'Nº SNS', 'Nome', 'Dta nasc.', 'Morada', 'Inscrição', and 'NOP'. The table contains several rows of data, including:

Nº SNS	Nome	Dta nasc.	Morada	Inscrição	NOP
05-10-1935	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	28-01-2020			
25-11-1931	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	10-11-2020			
31-03-1934	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	06-04-2021			
17-04-1941	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	06-04-2021			
28-11-1951	UNIDADE CUIDADOS NA COMUNI	10-11-2020			

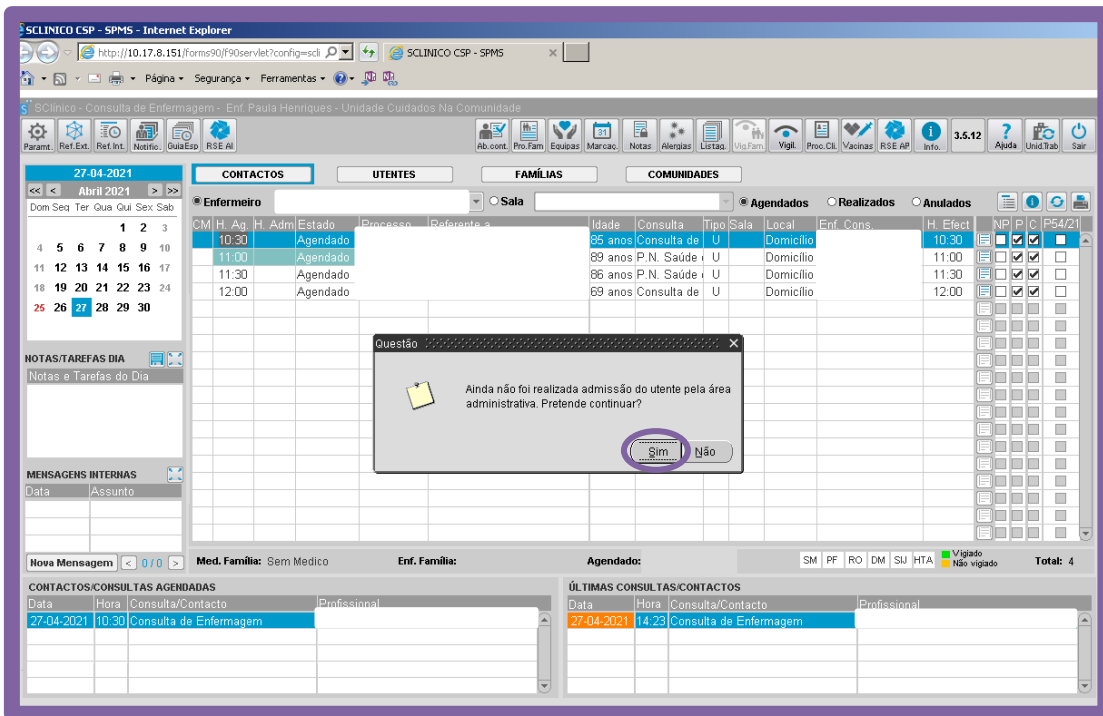
## Validação do Utente



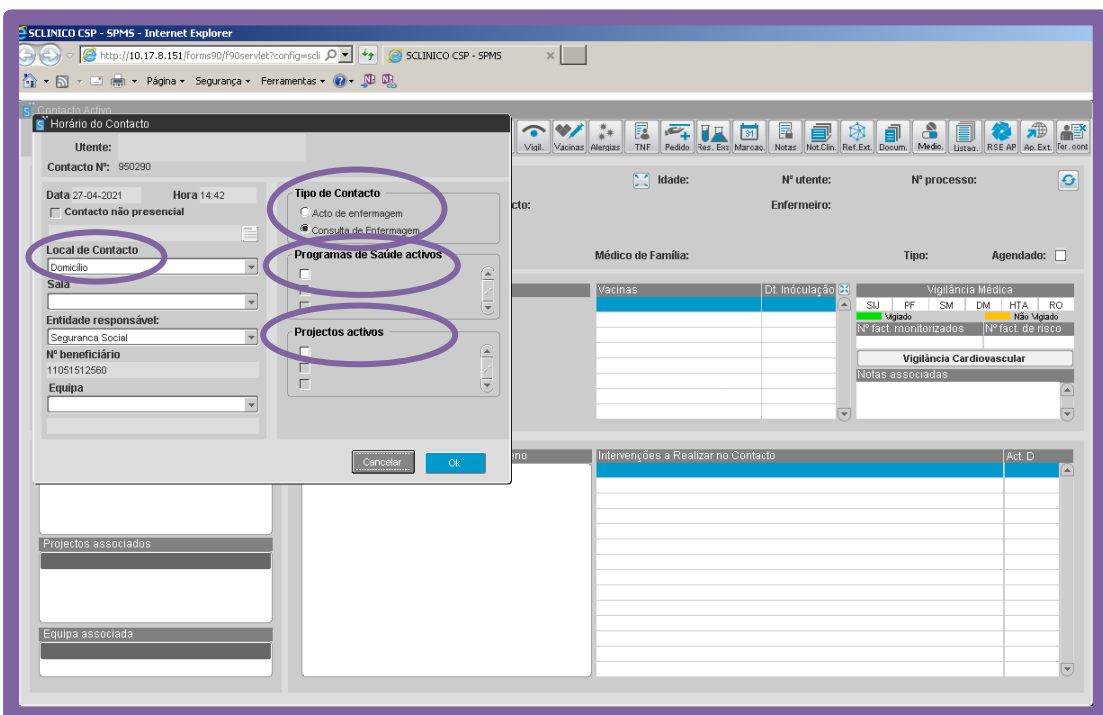
O utente fica inserido na lista, selecciona-se e faz-se *Gravar* e *Sair*.



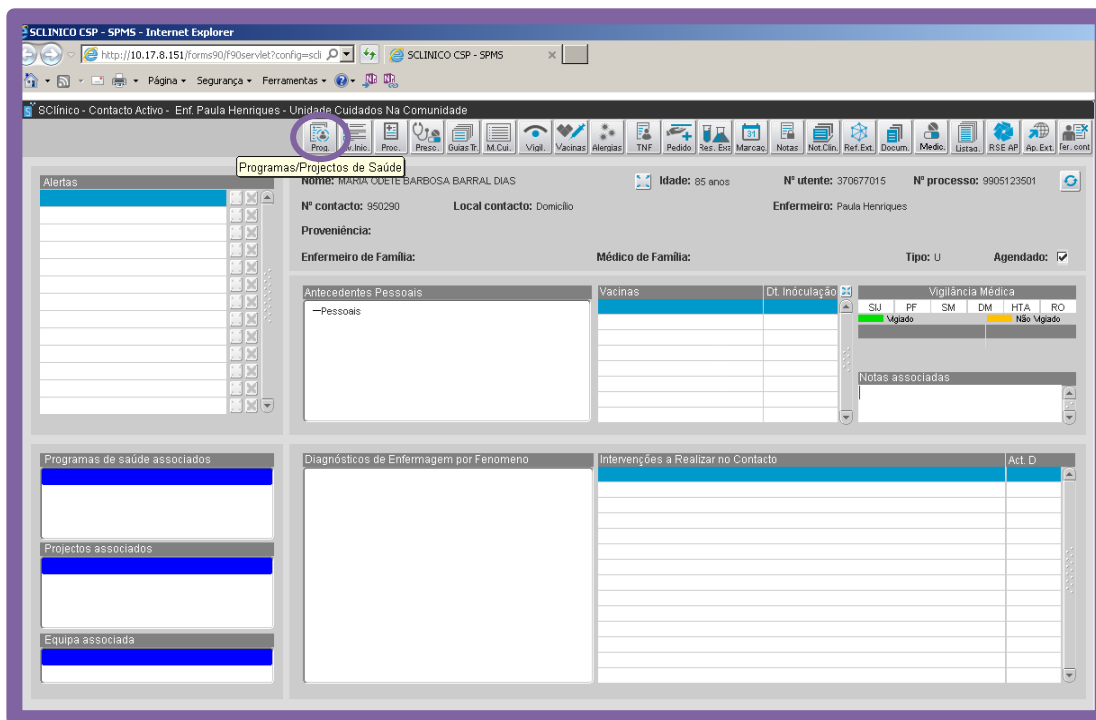
Ao sair, o sistema refere "Ainda não foi feita admissão do utente pela área administrativa. Pretende continuar?". A resposta é *Sim*.



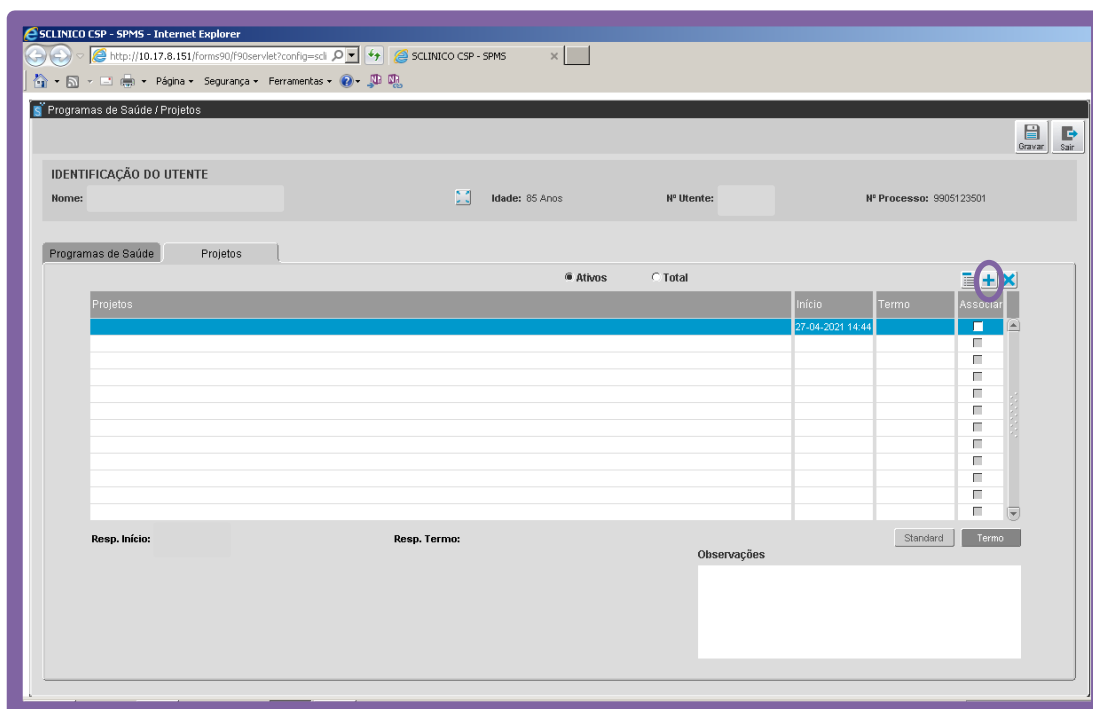
Abre-se uma página de contacto, onde é seleccionado o *tipo de contacto* – *Consulta de Enfermagem*, o *local de contacto* – *Domicílio* e os *Programas e Projetos activos* (na imagem não aparece nenhum, mas quando o utente está devidamente inserido, aparecem todos onde se enquadra).



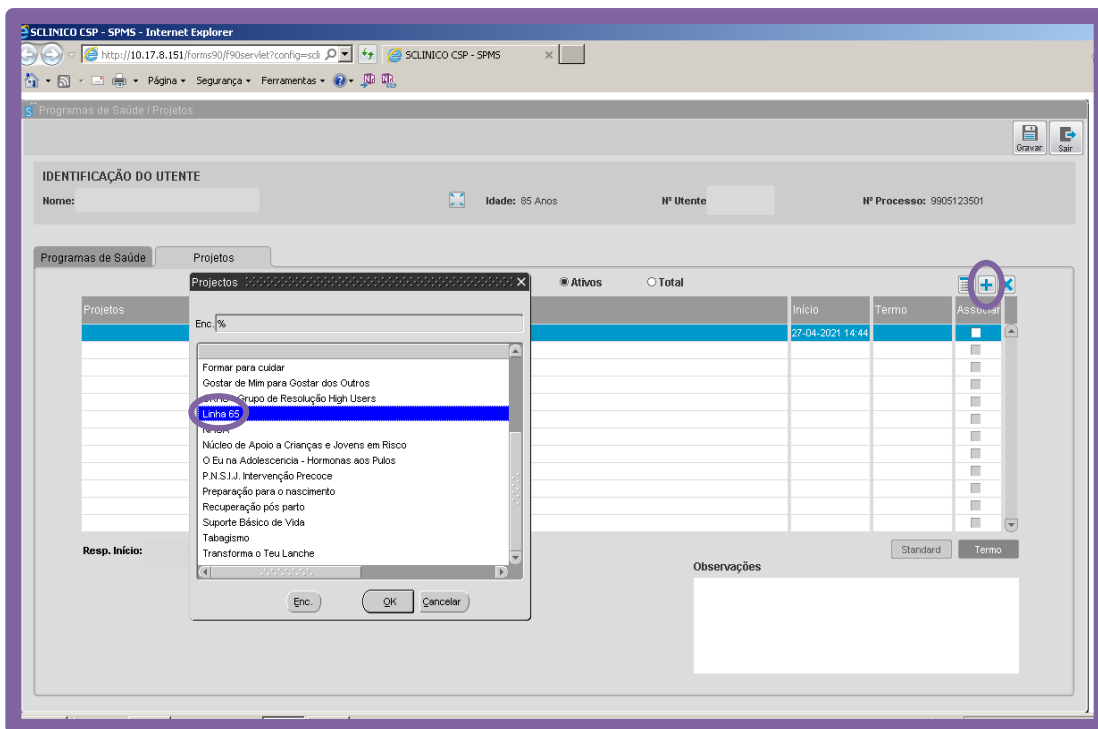
Em seguida clica-se no botão Programas/Projetos de Saúde para selecionar todos aqueles em que o utente deve ser seguido.



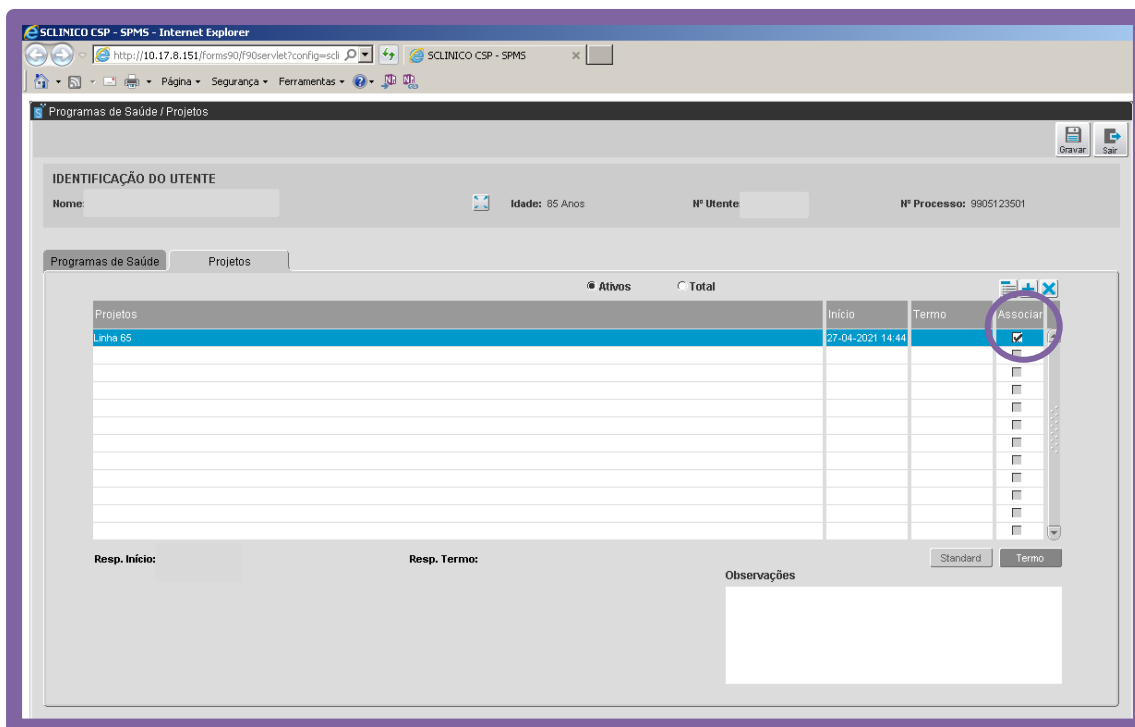
Abre-se a janela com a identificação do utente e os separadores Programas de Saúde e Projetos.



Para os Projetos clica-se no botão *Adicionar* e seleciona-se apenas o correspondente à Linha 65.

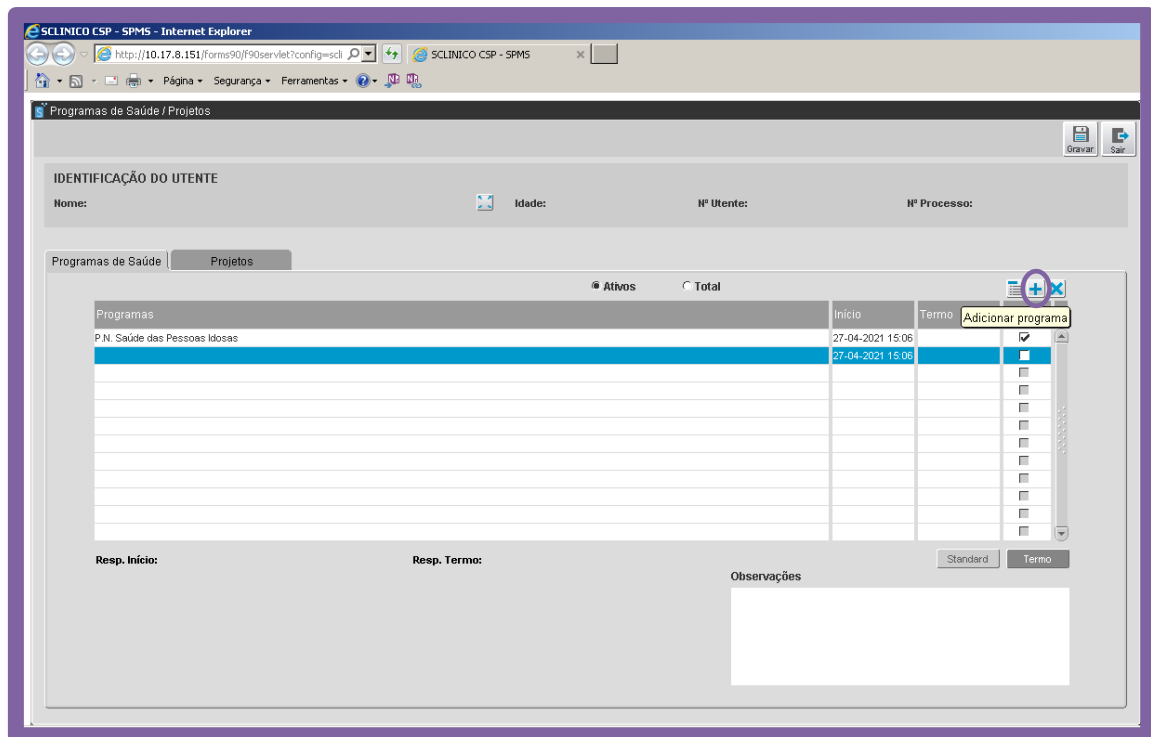
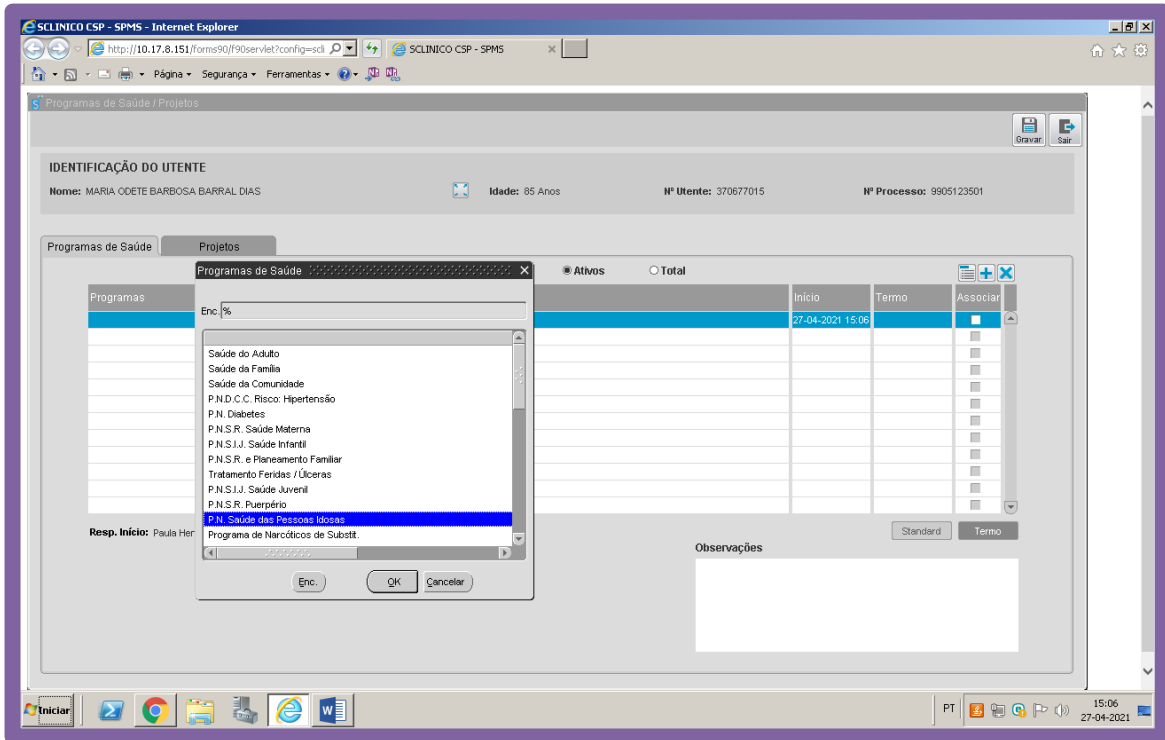


No final, é necessário validar clicando em *Associar*.

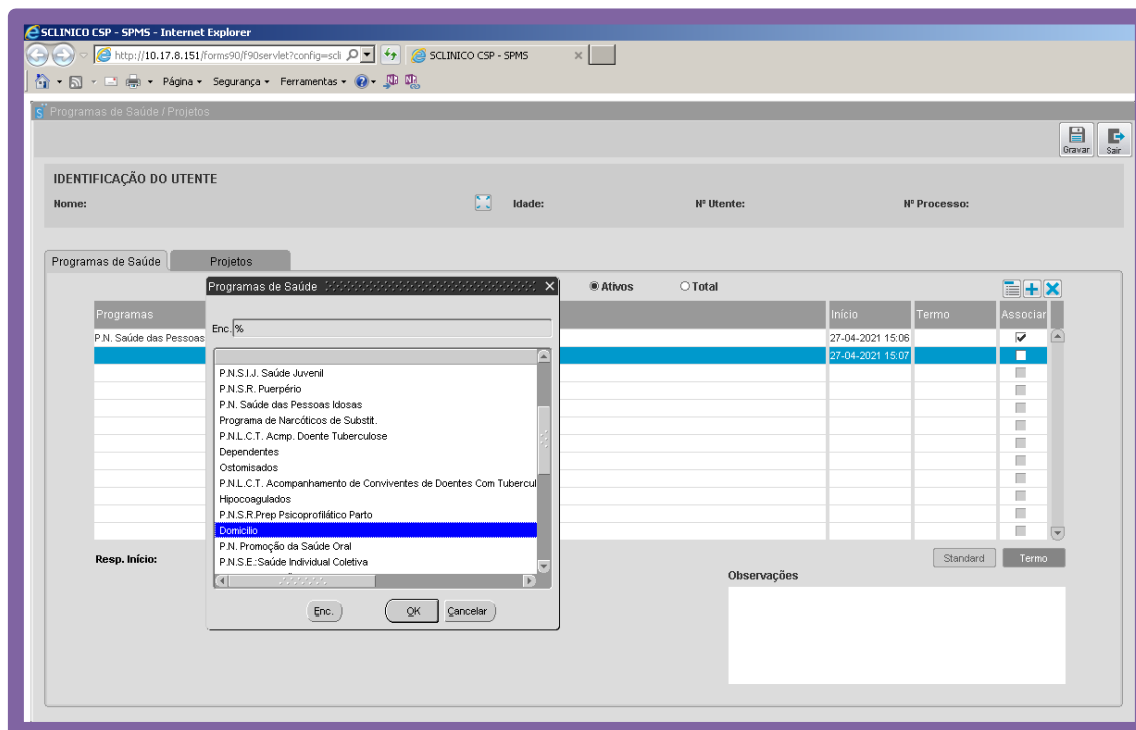


Para a seleção dos Programas de Saúde o procedimento é semelhante: clicar botão *Adicionar programa*, ver a listagem de opções e selecionar as que interessam.

As mais comumente utilizadas são o P.N. Saúde das Pessoas Idosas, o P.N. Saúde Mental e o Domicílio.



Depois de se associar o Programa, clica-se em Adicionar, como mostra a imagem anterior, e aparece novamente a lista de Programas de Saúde existentes, selecionando o de interesse – exemplo: Domicílio, conforme mostra a imagem seguinte



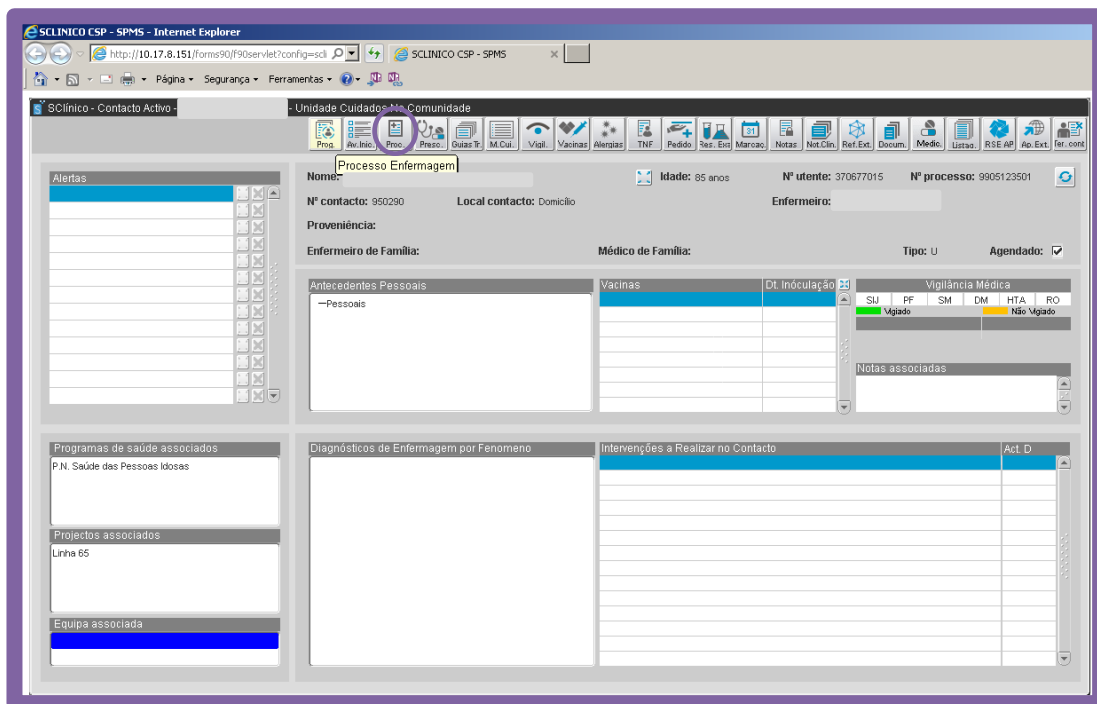
No final de todos os programas selecionados e associados, faz-se *Gravar* e *Sair*.

### 2.1.6. Processo de Enfermagem em SClínico

O processo de enfermagem “*indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área*” (Garcia e Nóbrega, 2009, p. 189).

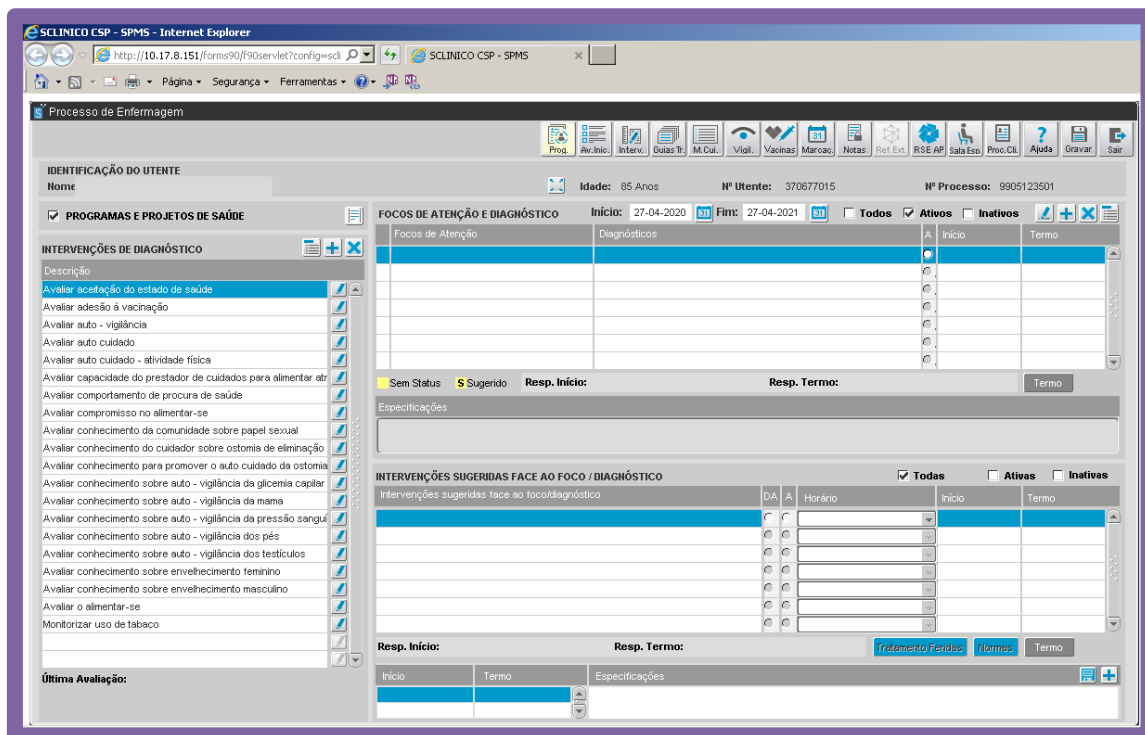
No SClínico é criado o processo de enfermagem, definindo os diagnósticos de enfermagem, as correspondentes intervenções de enfermagem e os horários em que devem ser realizadas.

Para iniciar o processo deve clicar-se no botão *Proc.*, conforme mostra a imagem seguinte.

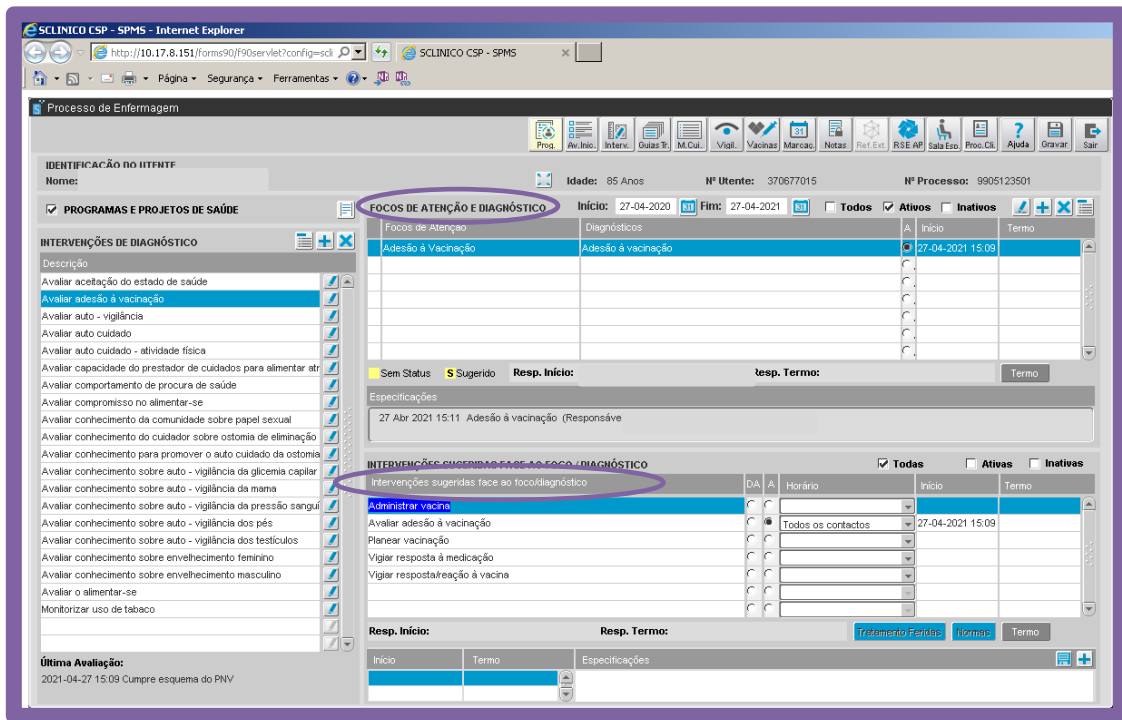


Nota: Pode ver-se, no lado esquerdo da janela, quais os programas e projetos de saúde a que o utente se encontra associado.

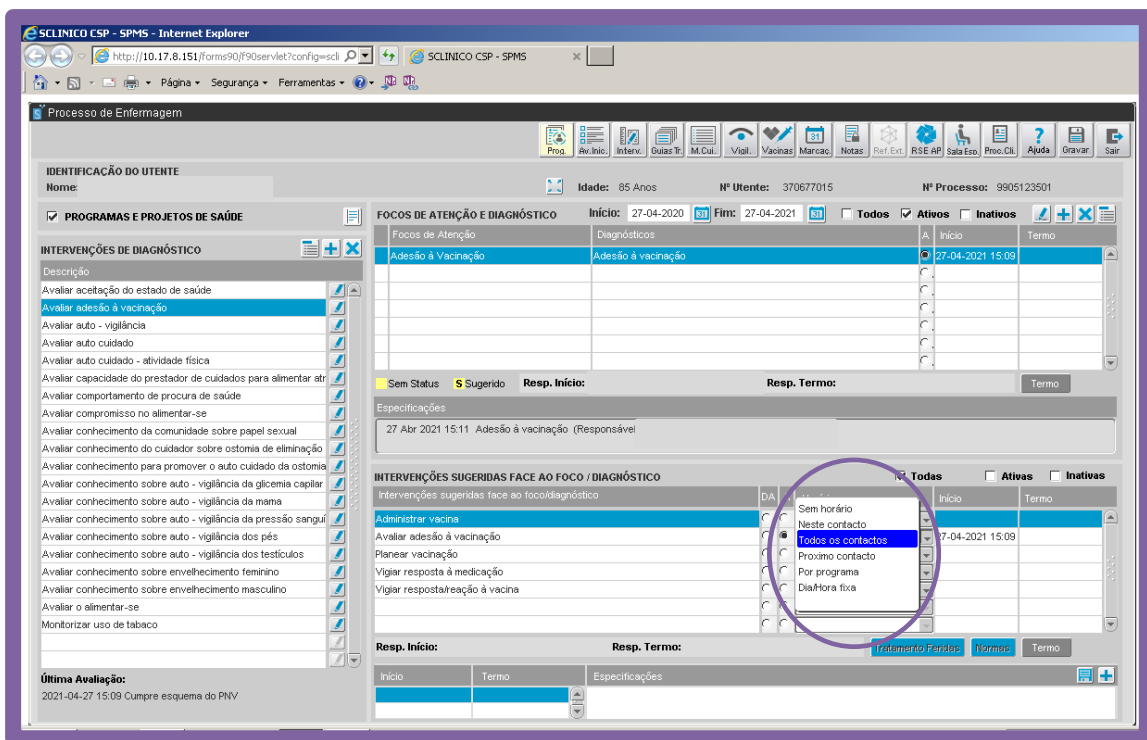
A janela do processo de enfermagem apresenta-se conforme mostra a imagem seguinte. Do lado esquerdo encontra-se a listagem de alguns dos diagnósticos de enfermagem existentes. Quando o diagnóstico pretendido não se encontra nessa listagem, deve clicar-se no botão adicionar (com o símbolo +) e fazer a pesquisa pela palavra-chave desejada.



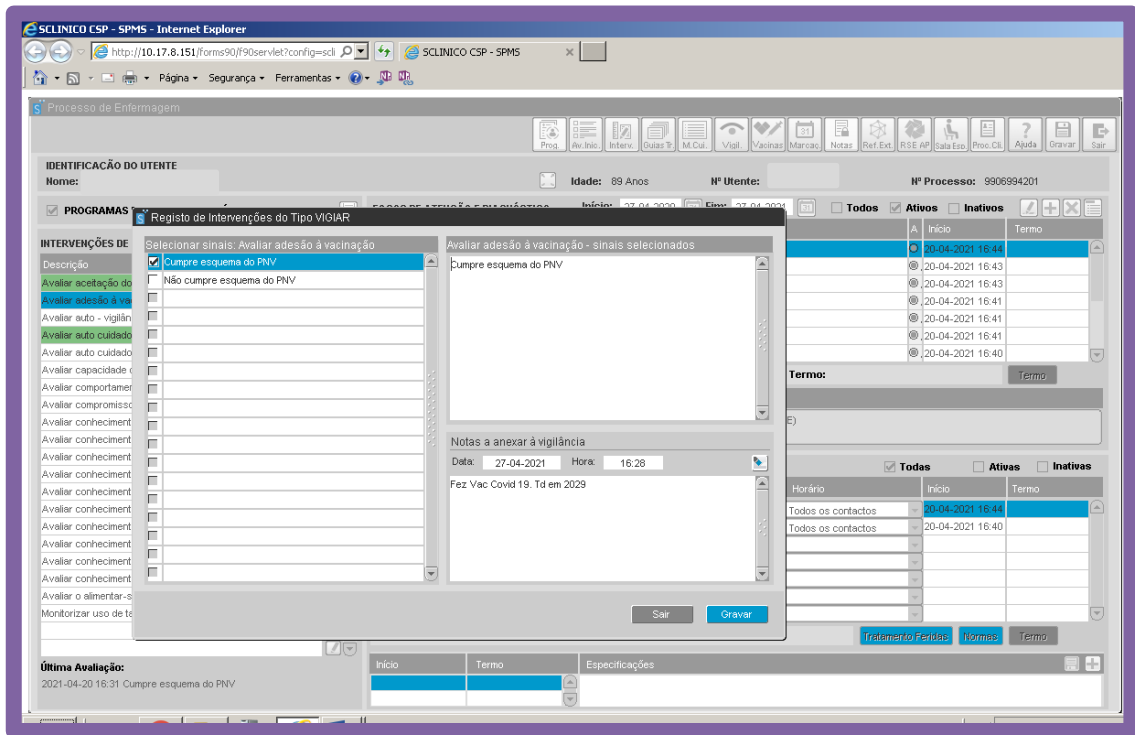
Após selecionado o diagnóstico, este fica na parte *Focos de Atenção e Diagnóstico*. Abaixo fica a listagem de intervenções associadas ao diagnóstico levantado, sugeridas pelo sistema conforme a parametrização existente.



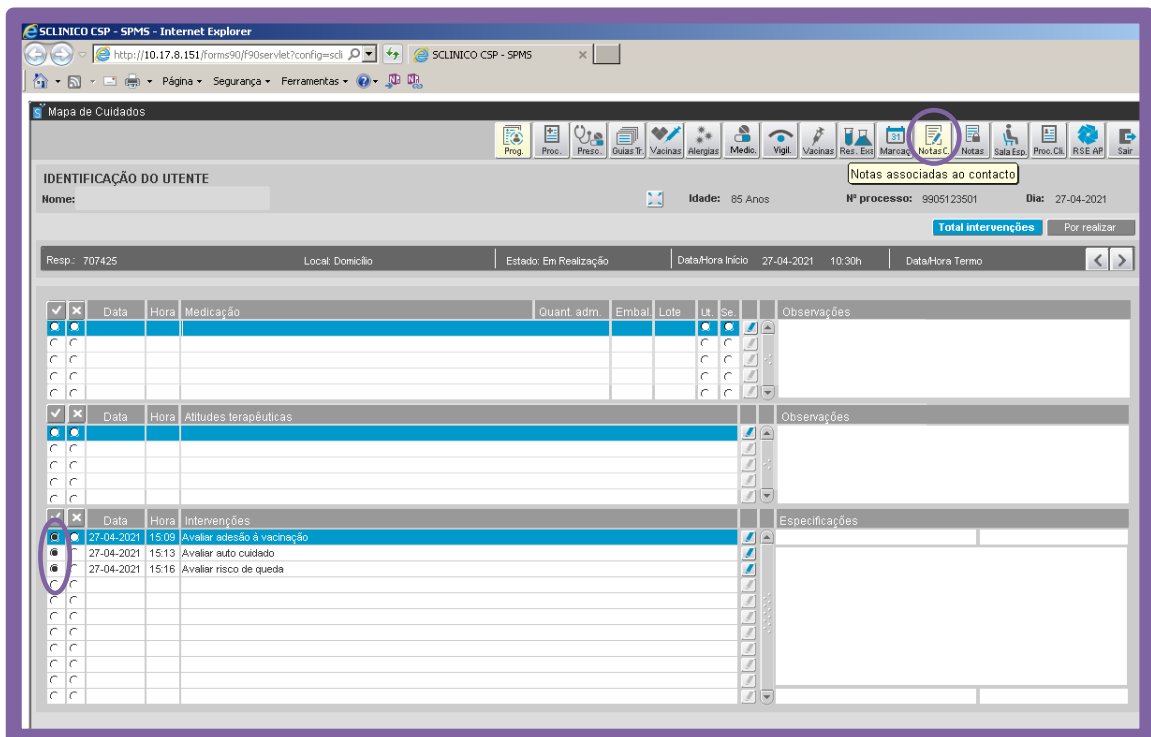
Em seguida, define-se o horário para cada uma das intervenções selecionadas.



As intervenções devem ser selecionadas e realizados os registos correspondentes. A imagem seguinte mostra um exemplo relativo à intervenção *Avaliar adesão à vacinação*.

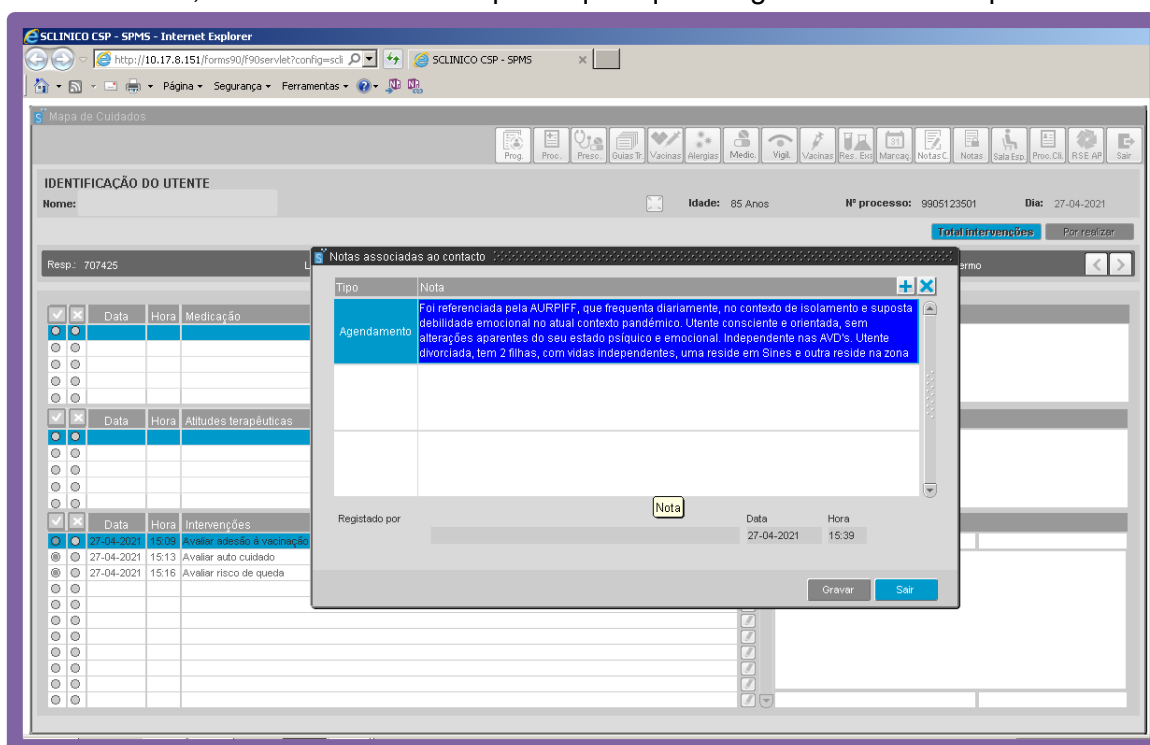


A imagem seguinte mostra o mapa de cuidados, onde se encontram todas as intervenções programadas, com o horário associado. Para validar a realização de cada uma das intervenções deve clicar-se no local assinalado na imagem.



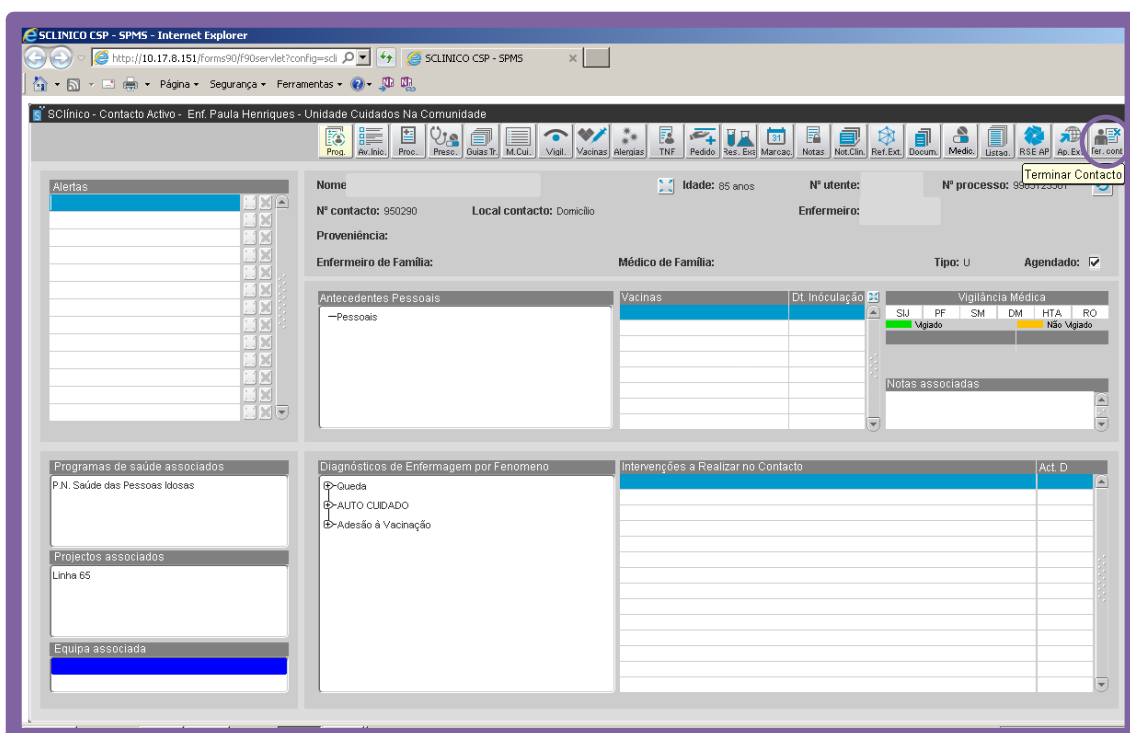
Na imagem anterior, é também possível visualizar o botão *NotasC.*, que permite a realização das notas associadas ao contacto, ou seja, notas gerais sobre o que foi observado e executado na VD realizada ao utente correspondente.

Abaixo, encontra-se um exemplo daquilo que é registado neste campo.



Depois de gravar e sair das notas, fica aberta a janela do mapa de cuidados, e faz-se *Sair* no botão do canto superior direito.

Posteriormente, fica a janela do contacto ativo aberta e, se não houver mais nenhum registo a fazer faz-se o fecho do contacto, clicando em *Ter.cont.*, conforme se vê na imagem seguinte.



Aparece, então, a janela do final do contacto, com a informação relevante é a seleção do local de contacto, o tipo de contacto e os programas e projetos de saúde ativos. Terminado o contacto, fica visível a agenda do enfermeiro.

### **2.1.7. Email de Articulação com Equipa de Família**

Em seguida, é apresentado um exemplo de email que é enviado à equipa de família após uma VD. Não existe um modelo sobre a informação que deve constar nesse email ou formulário de referenciação. Por isso, foi criado um exemplo de formulário de referenciação a ser implementado na UCC Seixal e que se encontra disponível para consulta em Apêndice (Apêndice I).

Para além do médico e do enfermeiro de família, o email é endereçado à coordenação da unidade de saúde, à coordenação de enfermagem e à enfermeira coordenadora da UCC Seixal, para que a informação chegue a todos os intervenientes necessários e todos sejam envolvidos no processo.

Após o envio, o email é impresso e anexado ao processo físico do utente.

#### Exemplo de email:

Boa tarde a todos.

Venho por este meio informar que foi realizada 1ª visita domiciliária, no âmbito do projeto Linha 65 á utente supracitada (é colocado no assunto do email o Nome e o SNS do utente). Presentes: Enfermeira X e TSS Y.

Foi referenciada pela AURPIFF (Associação de Reformados Pensionistas e Idosos de Fernão Ferro), que frequenta diariamente, no contexto de isolamento e suposta debilidade emocional no atual contexto pandémico. Utente consciente e orientada, sem alterações aparentes do seu estado psíquico e emocional. Independente nas AVD's. Utente divorciada, tem 2 filhas, com vidas independentes, uma reside em Sines e outra reside na zona de Mem-Martins- Sintra. Com quem se relaciona, no entanto, presa manter a sua independência. Reside em estúdio, T0, com boas condições de higiene, mas com muita humidade, cheiro intenso a "bolor" e parede externa da casa com manchas pretas de humidade, parede interna e teto com manchas amarelas. É alugada, já abordou o senhorio, mas este não agilizou resolução da situação. Foi abordada a possibilidade de ela resolver e descontar no aluguer, mas a Sr.ª recusou essa possibilidade, porque não pretende manter residência em Fernão Ferro. Diz ter residido mais de 30 anos na zona de Sintra, para onde se pretende mudar novamente, assim consiga apartamento para as suas possibilidades económicas. Recusou proposta de pensão ou Lar. Gostava de frequentar o Centro de dia, mas não atualmente, porque

refere não ter pessoas com quem consiga manter uma conversa. Sente-se desintegrada. Refere que cumpre terapêutica prescrita. Aceita integrar este projeto e manter vigilância, por parte da Linha 65.

Assim, solicito informação adicional que considerem pertinente, para melhor intervenção da Linha 65.

Agradeço a atenção dispensada.

Os melhores cumprimentos,

Enfermeira X

### **2.1.8. Base de Dados Linha 65**

Com a avaliação previamente realizada, as informações sobre o utente são colocadas na base de dados do Projeto Linha 65 – Base de Dados Linha 65, no caso de ter sido realizada a primeira VD, enquanto se forem VD's de monitorização (quando não é a primeira) é feita a atualização dos dados.

A base de dados foi construída como Projeto Individual de Aprendizagem, no âmbito do Estágio – Vigilância e Decisão Clínica, igualmente relativo ao Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública. Foi utilizado o programa informático Excel, para facilitar o acesso a todos, visto ser uma ferramenta amplamente utilizada na UCC, noutros contextos.

O principal objetivo é a organização dos dados relevantes sobre os utentes integrados no Projeto Linha 65, por forma a facilitar o acesso aos mesmos e a otimizar o planeamento e intervenção dos enfermeiros neste campo de ação, que é na atualidade particularmente essencial face ao problema de saúde identificado.

Os dados pessoais registados são de exclusivo acesso aos profissionais envolvidos no Projeto Linha 65 e será mantida a sua confidencialidade, de acordo com o previsto no artigo 106º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Do dever de sigilo, onde se lê no ponto 1 que: *“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: (...) b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seu direitos (...)”* (OE, 2015). Para garantir o cumprimento do anteriormente referido, a Base de Dados será acessível apenas com a introdução de uma palavra-passe.

Os restantes dados registados são os principais indicadores analisados, que permitem a caracterização da população-alvo, e o tipo de intervenção realizada pela equipa integrante do Projeto Linha 65.

Apresentam-se, de seguida, os itens constituintes da base de dados, com a respetiva justificação dos mesmos:

- **Nome**  
Dado de identificação pessoal que deve ser completo para que não existam dificuldades na identificação
- **Número de utente**  
Número de identificação do Sistema Nacional de Saúde (SNS) através do qual o utente pode ser identificado facilmente nas plataformas online utilizadas (por exemplo, SClínico)
- **Unidade Funcional**  
A Unidade de Saúde onde o utente se encontra inscrito e que serve como referência para a articulação com a equipa de família.
- **Médico de família**  
O médico de Medicina Geral e Familiar que acompanha o utente no seu processo de saúde/doença com o qual é estabelecido contacto para o fornecimento de informação relevante sobre a integração no Projeto e solicitação de apoio em questões relacionadas com o seu âmbito de atuação
- **Morada**  
O local onde o utente reside e no qual são realizadas as VD
- **Contactos**  
Números de telefone/telemóvel do próprio utente (quando este possui e tem capacidade para utilizá-lo) e do(s) cuidador(es) informal(ais) para articulação com a equipa de enfermagem que integra o Projeto
- **Motivo de sinalização**  
Razão pela qual o utente foi referenciado para o Projeto Linha 65 e que justifica a sua integração no mesmo
- **Visitas:**
  - 1ª VD – a data da primeira vez em que é feita a visita à pessoa para a avaliação dos critérios de inclusão no Projeto
  - Outras datas – datas em que são feitas as visitas posteriores, quando o utente se encontra integrado no Projeto

- **Programa Nacional de Vacinação**
  - Atualizado – verificação das vacinas realizadas e em que datas, de acordo com o previsto no PNV. Realizada pelo boletim de vacinas aquando da primeira VD e confirmado pela consulta do RSE AP
  - Não atualizado – verificação das vacinas não realizadas e o tempo de atraso, de acordo com o previsto no PNV
- **Vacina da Gripe**
  - Realizada – se tem registo de vacinação da vacina da gripe e qual a última data de realização
  - Não realizada – quando não se verifica registo de realização da vacina da gripe
- **Vacina Covid-19**
  - Realizada – quando se encontra registada a realização da vacina e em que data (s) – 1ª e 2ª dose
  - Não realizada – quando não são encontrados registos de realização da vacina
- **Sexo**  
Relativo ao sexo feminino ou sexo masculino
- **Intervalos de idade em anos** (<60; 60-65; 66-70; 71-76; 77-80; 81-85; > 85)  
Relativo à idade apresentada em anos
- **Tipo de resposta**
  - Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)  
*“Equipa que presta cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”* (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).
  - Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI)  
*“Equipamento social que visa o alojamento coletivo, temporário ou permanente, para pessoas idosas em sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”* (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).

- Centro de Dia  
*“Equipamento social que funciona durante o dia e que presta vários serviços que ajudam a manter as pessoas idosas no seu meio social e familiar”* (Instituto da Segurança Social, I.P., 2017).
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)  
*“A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), é um modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social”* (SNS, 2021 em <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>)
- Articulação com Equipa de Família  
 Após cada VD é enviada informação relativa à mesma à Equipa de Família do utente, bem como solicitada informação relevante para o melhor acompanhamento da situação. Contudo, deve haver o seu registo em como foi realizado
- Articulação com Unidade de Saúde Pública (USP)  
*“À USP compete, na área geodemográfica do ACES em que se integra, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde”* (Ministério da Saúde, 2009)
- Ministério Público  
*“O Ministério Público (MP) é um órgão constitucional com competência para exercer a ação penal, participar na execução da política criminal definida pelos órgãos de soberania, representar o Estado e defender a legalidade democrática e os interesses que a lei determinar”* (artigo 219.º/1, CPR) (MP, 2021 em <https://www.ministeriopublico.pt/pagina/o-ministerio-publico>)
- Monitorização  
 VD de reavaliação da situação do utente em todas as dimensões
- Outros  
 Por exemplo a colocação da pulseira de localização da PSP em idosos

- **Altas**
  - Óbito
  - ERPI
  - Sem critérios

Os três últimos itens apresentados são os principais motivos pelos quais o utente pode deixar de ser seguido pelo Projeto, tendo então alta do mesmo.

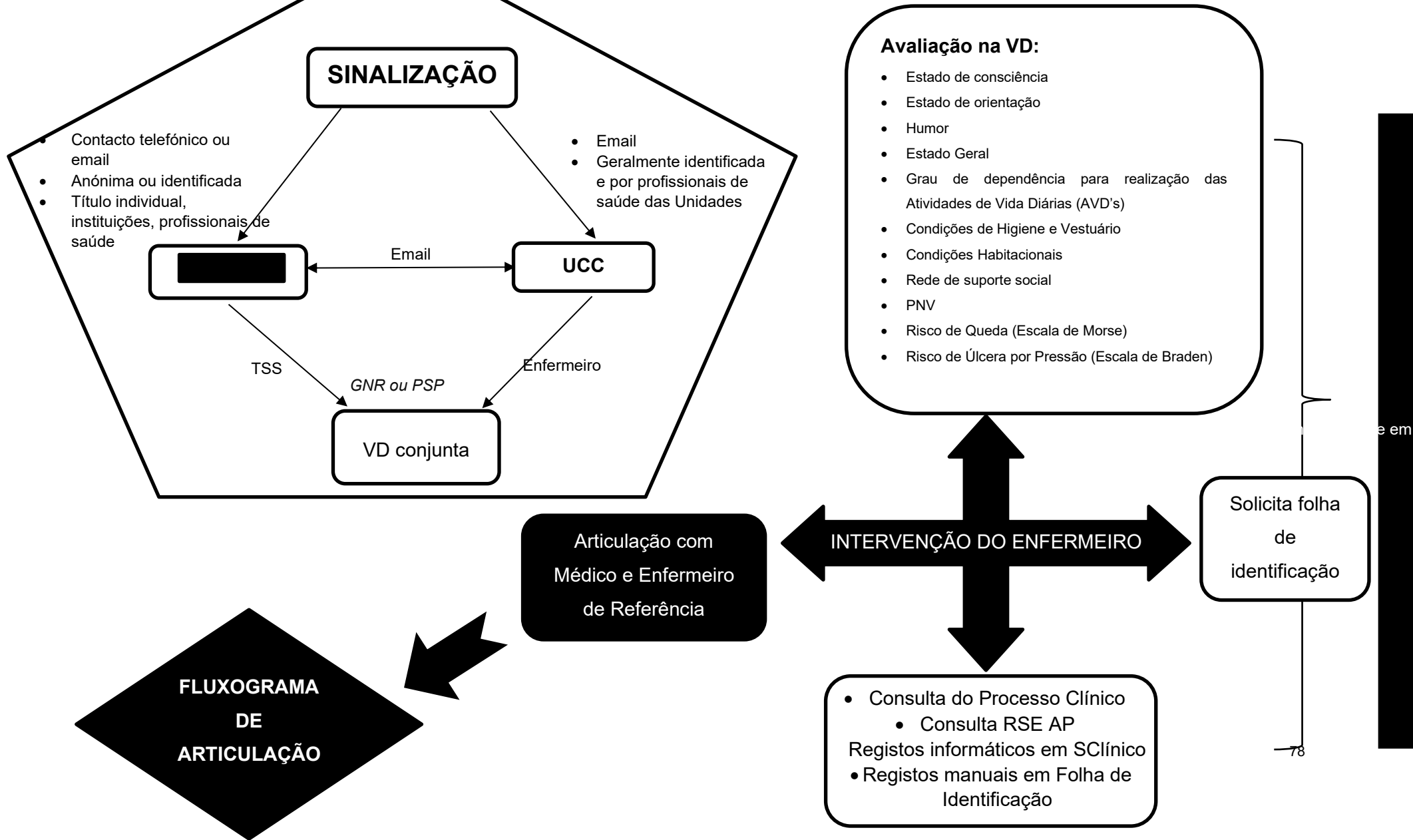
Para a adequada compreensão daquilo que é a Base de Dados Linha 65, apresento-a em imagem em Apêndice (Apêndice II).

### **2.1.9. Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65**

O Fluxograma de intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65 foi criado com o intuito de resumir e condensar num único documento, toda a informação essencial sobre o processo de intervenção.

Este é apresentado na página seguinte.

### Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65



### 2.1.10. Fluxograma de Articulação

O fluxograma de articulação surgiu da necessidade sentida e expressa pelos enfermeiros da UCC [REDACTED] em otimizar o processo de articulação com as Unidades Funcionais (UF). O que acontece é que, após o enfermeiro da UCC encaminhar a informação pertinente após a VD para o médico de família, enfermeiro de família, coordenação de enfermagem e coordenação da UF, muitas vezes não existe retorno de informação relativamente a se houve ou não intervenção.

Considerou-se que seria importante e que facilitaria todo o processo, a existência de elementos de referência nas UF, para que a informação chegasse a todos os profissionais de saúde da equipa e existisse uma intervenção conjunta entre todos os intervenientes, como acontece com a EPVA. Neste sentido, tentou criar-se uma ligação entre a EPVA e a Linha 65, onde os elementos de referência das UF coincidissem, por forma a simplificar o processo de nomeação dos elementos de referência. Contudo, não foi possível a criação da articulação de uma forma formal, ou seja, através de uma reunião com os elementos da EPVA, os elementos de referência das UF e os elementos da Linha 65, para que isso ficasse definido oficialmente. Isto aconteceu por indisponibilidade da EPVA, de momento e pela carga de trabalho, e por limitação de tempo relativo à duração do Estágio. Porém, ficou em aberto a sugestão, a vontade de todos e a expectativa um período de tempo em que seja possível avançar com o processo.

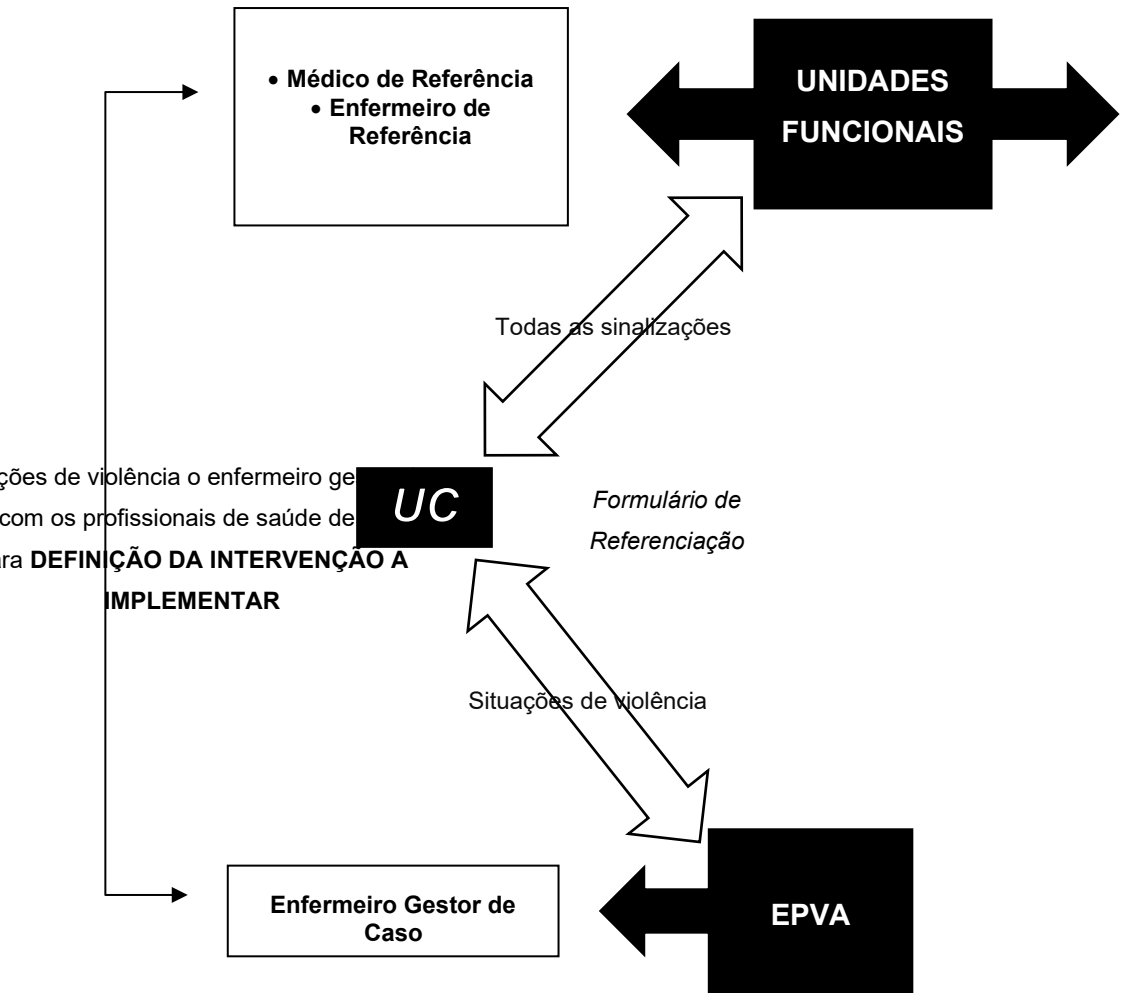
Apesar de tudo, foi possível uma reunião formal com uma enfermeira integrante da equipa da EPVA que se disponibilizou a participar na mesma e a partilhar como é feito o trabalho dessa equipa. Para além disso, facultou os contactos dos elementos de referência das UF com a EPVA que, com o avançar do processo, no futuro, serão os mesmos para a Linha 65. Assim, facilitou a recolha dessa informação relevante.

Foi ainda sugerido que, nos casos de violência sinalizados para a Linha 65, existisse uma articulação direta com a EPVA, com o intuito de agilizar a intervenção nesses casos.

Considerando que a referida ligação entre os projetos EPVA e Linha 65 avance num futuro próximo, foi criado um fluxograma de articulação, que demonstra como decorrerá essa mesma articulação (e que inclui já os elementos de referência).

Este fluxograma é apresentado adiante.

### Fluxograma de Articulação



Unidades Funcionais  
Nomes e Contactos dos Profissionais de Saúde de Referência (da EPVA)

### 3. Considerações Finais

O desenvolvimento deste Guia Orientador de Boa Prática, teve como objetivo dar resposta a uma necessidade de saúde da população-alvo equipa de enfermagem da UCC [REDACTED] onde foi realizado o Estágio Final no âmbito da UC Estágio Final e Relatório. Ao longo do seu desenvolvimento, foi possível a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e, em particular, do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, uma vez que foi desenvolvido um projeto com base na metodologia do Planeamento em Saúde. O guia surge como uma atividade para responder a um objetivo específico definido na etapa Fixação de Objetivos.

Considero que a realização deste trabalho foi bastante enriquecedora para mim enquanto enfermeira e futura especialista, e para a equipa da UCC [REDACTED] por conseguirem ver uma necessidade específica satisfeita. O guia pretende ser útil na prestação de cuidados, ser uma fonte de conhecimento acessível e prática, permitindo uma prática baseada na evidência que tornará os cuidados prestados mais eficazes, seguros e visíveis.

A revisão integrativa da literatura constituiu uma estratégia fundamental para o desenvolvimento do conhecimento teórico, tendo em conta as fontes mais atuais e claras, que serviram como um contributo para o meu próprio conhecimento, crendo que servirá igualmente para toda a equipa da UCC [REDACTED]

A criação do fluxograma de articulação surgiu igualmente para responder a uma necessidade de saúde expressa e sentida pela equipa de enfermagem da UCC [REDACTED] e fica integrada no subcapítulo – Intervenção do Enfermeiro. Neste momento fica ainda como um plano a desenvolver pela equipa da UCC, uma vez que não foi possível formaliza-lo em tempo útil até ao final do estágio. Foram feitos contactos, tentativas de reuniões e apresentação de sugestões, que ficam em “cima da mesa” para um futuro próximo.

O subcapítulo Intervenção do Enfermeiro tem o “peso” de um capítulo principal, pois descreve toda a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65. Olho este capítulo com a visão da prática, pela descrição detalhada e devidamente justificada da intervenção do enfermeiro no Projeto referido, julgando a sua utilidade como fundamental.

A organização pretende ser simples e clara, pertinente sem ser exaustiva e apresentada de uma forma lógica.

Os apêndices pretendem ser fontes de informação complementar, facilmente acessíveis, sem que ficassem a sobrecarregar o corpo do trabalho.

Os anexos apresentam documentação relacionada com a temática, pertinente para o conhecimento e intervenção do enfermeiro.

O guia fica na UCC em formato físico e em formato digital como pretendido inicialmente, e foi cumprido o objetivo da apresentação do mesmo a toda a equipa, que recebeu um feedback bastante positivo. A apresentação encontra-se em Apêndice (Apêndice III).

No final, resta-me reforçar que a experiência do estágio e da realização deste trabalho foram essenciais para o meu desenvolvimento. Fica como um objetivo por cumprir a avaliação da aplicabilidade e utilidade deste guia na equipa de enfermagem, no Projeto Linha 65, onde tive o privilégio de trabalhar.

#### 4. Referências Bibliográficas

- ACES AS (2013). *Plano Local de Saúde de [REDACTED] 2013-2016.*
- ACES AS. (2020). *Plano Local de Saúde [REDACTED] 2017-2020.*
- Almeida, A. M. G. (2017). *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas: implicações para os cuidados de enfermagem.* <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24191>
- AMA, 2021, disponível em <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/regime-do-maior-acompanhado> acessado a 1 de Novembro de 2021
- Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. de, & Amancio, V. dos S. (2019). Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180159>
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). Manual Títono - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência. APAV. ISBN 978-972-8852-32-0
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. 2014 – Direitos da Pessoa Idosa - disponível em <https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/direitos-da-pessoa-idosa> 5), acessado a 29 de Novembro de 2021
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. E., Vítima, C. D. A., & Vitimação, C. D. A. (2020). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2020.*
- Bao, J., Chua, K. C., Prina, M., & Prince, M. (2019). Multimorbidity and care dependence in older adults: A longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6961-4>
- Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis.
- Barbosa, J.M.F.N. (2020). Os direitos da pessoa idosa – O novo regime jurídico do maior acompanhado. Relatório de estágio realizado na AMPMV – Associação Mais Proximidade Melhor Vida, com vista à obtenção do grau de Mestre em Direito na especialidade de Direito Forense e Arbitragem. Nova School of Law
- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., Forjaz, M. J., & Calderón-Larrañaga, A. (2020). Are loneliness and social isolation associated with quality of life in older adults? Insights from Northern and Southern Europe.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>

- Bezerra, P. A., & Nunes, J. W. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa Aging and social isolation: an integrative review Envejecimiento y aislamiento social: una revisión integradora. *Acta Paul Enferm*, 34, 2661. <https://orcid.org/0000-0003-0827-3882LeidesBarrosodeAzevedoMoura2https://orcid.org/0000-0002-1208-4569>
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saude Publica*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
- Carneiro, A., Roque, A., & Bugalho, A. (2007). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. *Centro de Estudos de Medicina Baseada ...*, 0–116. Disponível em <https://cembe.org/avc/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>
- CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas: Lisboa. Disponível em: [http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Cohen-Mansfield, J., & Eisner, R. (2020). The meanings of loneliness for older persons. *Aging and Mental Health*, 24(4), 564–574. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571019>
- [REDACTED] – Linha 65 disponível em [https://sites.google.com/site/\[REDACTED\]servicos/linha-65](https://sites.google.com/site/[REDACTED]servicos/linha-65)
- DGS - Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). *Orientação Da Direção Geral de Saúde*, 017, 1–10.
- DGS - Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. *Direção-Geral de Saúde*, 52. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral Da Saúde - Divisão De Doenças Genéticas, Crónicas E Geriátricas*, 1(1), 1–28. <http://www.fafit.com.br/revista/index.php/fafit/article/viewFile/16/12>
- Diário da República. (2018). Lei nº49/2018. *Diário Da República*, 156(1), 4072–4086.

- Dias, K. M., Herdman, T. H., Ferretti-Rebustini, R. E. de L., Lopes, C. T., & Santos, E. R. Dos. (2020). Relationships between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 18, eAO5445. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO5445](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5445)
- Fonseca, A.M. (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. [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing\\_in\\_place\\_web.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf)
- Garcia, T.R; Nóbrega, M.M.L. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em <http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm> acedido a 24 de Novembro de 2021
- Gavasso, W.C. & Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e morbididades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 399–409.
- Gené-Badia, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Profiles of loneliness and social isolation in urban population. *Atencion Primaria*, 52(4), 224–232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kislaya, I., Santos, C., Mascoli, L., Ferreira, A. I., & Vieira, D. N. (2015). A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234–1246. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>
- <http://dx.org/1025100/cm.v50i2.4121>
- INE – Instituto Nacional de Estatística I.P. 2003. disponível em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=925&lang=PT> acedido a 7 de Outubro de 2021
- INE – Instituto Nacional de Estatística I.P. 2015. disponível em <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700> acedido a 10 de Outubro de 2021
- Instituto da Segurança Social, I.P. Guia Prático (2017) - Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Instituto da Segurança Social, I.P. 2017. N35J – V4.11
- Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., Grazziano, E. da S., & Zazzetta, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614–620. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>

- Lobo, A. de J. S., Santos, L., & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913–919. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Aschwanden, D., Lee, J. H., Stephan, Y., & Sutin, A. R. (2020). Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 794–801. <https://doi.org/10.1002/gps.5304>
- Mendes, F. & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Millenium*, 2(ed espec nº2), 135-140.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série - Nº 94, 94, 2012–2013.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho no 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. *Diário Da República*, 2.a Série - No 94, 94, 2012–2013.
- Ocampo-Chaparro; JM, Reyes-Ortiz RA, Castro-Flórez X, Gómez F. *Colomb Med. (Cali)*. 2019; 50(2): 89-101
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 428/2018. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> série(135), 19354–19356.
- Oliveira, A. A. V. de, Trigueiro, D. R. S. G., Fernandes, M. das G. M., & Silva, A. O. (2013). Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 128–133. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672013000100020>
- OMS - Organização Mundial De Saúde (2002) *Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde*, Geneva
- OMS – Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.0\\_1\\_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.0_1_por.pdf;jsessionid=44F36F01D4D556BF15CBA0F0FC5C526F?sequence=6)
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações Para a Elaboração. *Comissão de Formação*, 2–12. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recommend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recommend_Manuais_BPraticas.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros disponível em

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf) acessido a 5 de Outubro de 2021

- Ordem dos Enfermeiros (2015) - Lei nº 156/2015 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República Nº 181 /2015, Série I*.
- Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. (2020). Self-care dependency assessment: an exploratory study of the phenomenon in community. *Revista Rol De Enfermeria*, 43(1), 486–492.
- Philip, K. E. J., Polkey, M. I., Hopkinson, N. S., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Social isolation, loneliness and physical performance in older-adults: fixed effects analyses of a cohort study. *Scientific Reports*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70483-3>
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Llano, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(11), 3545–3555. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
- PORDATA. 2021. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458> acessido a 27 de Setembro de 2021
- Santos AMR, Nolêto RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMLR, Bonfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentar study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03417. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>
- Santos, M. A. B., Moreira, R. da S., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & Silva, V. de L. (2020). Factors associated with elder abuse: A systematic review of the literature. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(6), 2153–2175. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25112018>
- Schrepft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. de S. B. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637–652. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- Silva, G. C. N., Almeida, V. L., de Brito, T. R. P., Godinho, M. L. S. da C., Nogueira, D. A., & Chini, L. T. (2018). Violence against elderly people: A

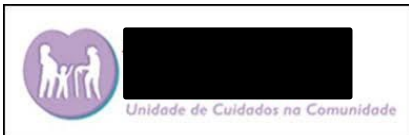
documentary analysis. *Aquichan*, 18(4), 449–460.  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.7>

- SNS - Serviço Nacional de Saúde 24. (2021). Guia de Saúde, A solidão e o isolamento social. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social> acessado a 18 de Novembro de 2021
- SNS (2021) disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/> acessado a 20 de Novembro de 2021
- SNS – Serviço Nacional de Saúde. (2019) disponível em <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidao-em-idosos/> acessado a 18 de Novembro de 2021
- Soares, A. P., & Amador, S. (2017). Portugal Saúde em Números 2017 | Número 5. *Revista Científica Da Direção-Geral Da Saúde*, 5, 1–35.
- Souza MT, Silva MD & Carvalho R. (2010) - *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *einstein*. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- UCC ██████████ (2019) – Relatório de Atividades
- UCC ██████████ disponível em <https://sites.google.com/site/██████████carteira-de-servicos/linha-65>
- World Health Organization - WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.
- World Health Organization – WHO (2010) Falls. Fact sheet N° 344 disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls> acessado a 19 de Novembro de 2021
- World Health Organization (2014). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report*. Geneva: WHO; 2008

# APÊNDICES

# APÊNDICE I

*Formulário de Referenciação*



## FORMULÁRIO DE REFERENCIAÇÃO

### Projeto Linha 65

Parceria Comunitária com a Instituição Particular de Solidariedade Social

(IPSS) [REDAÇÃO] - Associação de Solidariedade



Nome do utente:

SNS:

Data de Nascimento e Idade:

Morada:

Contato do utente:

Com quem reside:

Pessoa de referência e contato:

Data da referenciação:

Referenciado por:

Motivo da Referenciação:

# APÊNDICE II

*Base de Dados Linha 65*

Nome	SBS Unidade Funcional Núcleo de Função	Cargo	Código	Matrícula de Situação	Vítimas		PNV				Gripes (2024)				COVID-19				Sexo (Masculino-Feminino-T) e Idade												Departamento										Outros																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
					1º Vítim	Outros	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DQ	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	JL	JM	JN	JO	JP	JQ	JR	JS	JT	JU	JV	JW	JX	JY	JZ	KA	KB	KC	KD	KE	KF	KG	KH	KI	KJ	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LL	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY	SZ	TA	TB	TC	TD	TE	TF	TG	TH	TI	TJ	TK	TL	TM	TN	TO	TP	TQ	TR	TS	TT	TU	TV	TW	TX	TY	TZ	UA	UB	UC	UD	UE	UF	UG	UH	UI	UJ	UK	UL	UM	UN	UO	UP	UQ	UR	US	UT	UU	UV	UW	UX	UY	UZ	VA	VB	VC	VD	VE	VF	VG	VH	VI	VJ	VK	VL	VM	VN	VO	VP	VQ	VR	VS	VT	VU	VV	VW	VX	VY	VZ	WA	WB	WC	WD	WE	WF	WG	WH	WI	WJ	WK	WL	WM	WN	WO	WP	WQ	WR	WS	WT	WU	WV	WW	WX	WY	WZ	XA	XB	XC	XD	XE	XF	XG	XH	XI	XJ	XK	XL	XM	XN	XO	XP	XQ	XR	XS	XT	XU	XV	XW	XX	XY	XZ	YA	YB	YC	YD	YE	YF	YG	YH	YI	YJ	YK	YL	YM	YN	YO	YP	YQ	YR	YS	YT	YU	YV	YW	YX	YY	YZ	ZA	ZB	ZC	ZD	ZE	ZF	ZG	ZH	ZI	ZJ	ZK	ZL	ZM	ZN	ZO	ZP	ZQ	ZR	ZS	ZT	ZU	ZV	ZW	ZX	ZY	ZZ	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ	BA	BB	BC	BD	BE	BF	BG	BH	BI	BJ	BK	BL	BM	BN	BO	BP	BQ	BR	BS	BT	BU	BV	BW	BX	BY	BZ	CA	CB	CC	CD	CE	CF	CG	CH	CI	CJ	CK	CL	CM	CN	CO	CP	CQ	CR	CS	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC	DD	DE	DF	DG	DH	DI	DJ	DK	DL	DM	DN	DO	DP	DQ	DR	DS	DT	DU	DV	DW	DX	DY	DZ	EA	EB	EC	ED	EE	EF	EG	EH	EI	EJ	EK	EL	EM	EN	EO	EP	EQ	ER	ES	ET	EU	EV	EW	EX	EY	EZ	FA	FB	FC	FD	FE	FF	FG	FH	FI	FJ	FK	FL	FM	FN	FO	FP	FQ	FR	FS	FT	FU	FV	FW	FX	FY	FZ	GA	GB	GC	GD	GE	GF	GG	GH	GI	GJ	GK	GL	GM	GN	GO	GP	GQ	GR	GS	GT	GU	GV	GW	GX	GY	GZ	HA	HB	HC	HD	HE	HF	HG	HH	HI	HJ	HK	HL	HM	HN	HO	HP	HQ	HR	HS	HT	HU	HV	HW	HX	HY	HZ	IA	IB	IC	ID	IE	IF	IG	IH	II	IJ	IK	IL	IM	IN	IO	IP	IQ	IR	IS	IT	IU	IV	IW	IX	IY	IZ	JA	JB	JC	JD	JE	JF	JG	JH	JI	JJ	JK	JL	JM	JN	JO	JP	JQ	JR	JS	JT	JU	JV	JW	JX	JY	JZ	KA	KB	KC	KD	KE	KF	KG	KH	KI	KJ	KL	KM	KN	KO	KP	KQ	KR	KS	KT	KU	KV	KW	KX	KY	KZ	LA	LB	LC	LD	LE	LF	LG	LH	LI	LJ	LK	LM	LN	LO	LP	LQ	LR	LS	LT	LU	LV	LW	LX	LY	LZ	MA	MB	MC	MD	ME	MF	MG	MH	MI	MJ	MK	ML	MM	MN	MO	MP	MQ	MR	MS	MT	MU	MV	MW	MX	MY	MZ	NA	NB	NC	ND	NE	NF	NG	NH	NI	NJ	NK	NL	NM	NN	NO	NP	NQ	NR	NS	NT	NU	NV	NW	NX	NY	NZ	OA	OB	OC	OD	OE	OF	OG	OH	OI	OJ	OK	OL	OM	ON	OO	OP	OQ	OR	OS	OT	OU	OV	OW	OX	OY	OZ	PA	PB	PC	PD	PE	PF	PG	PH	PI	PJ	PK	PL	PM	PN	PO	PP	PQ	PR	PS	PT	PU	PV	PW	PX	PY	PZ	QA	QB	QC	QD	QE	QF	QG	QH	QI	QJ	QK	QL	QM	QN	QO	QP	QQ	QR	QS	QT	QU	QV	QW	QX	QY	QZ	RA	RB	RC	RD	RE	RF	RG	RH	RI	RJ	RK	RL	RM	RN	RO	RP	RQ	RR	RS	RT	RU	RV	RW	RX	RY	RZ	SA	SB	SC	SD	SE	SF	SG	SH	SI	SJ	SK	SL	SM	SN	SO	SP	SQ	SR	SS	ST	SU	SV	SW	SX	SY

# APÊNDICE III

*Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática*

## **Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65**

Estágio Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

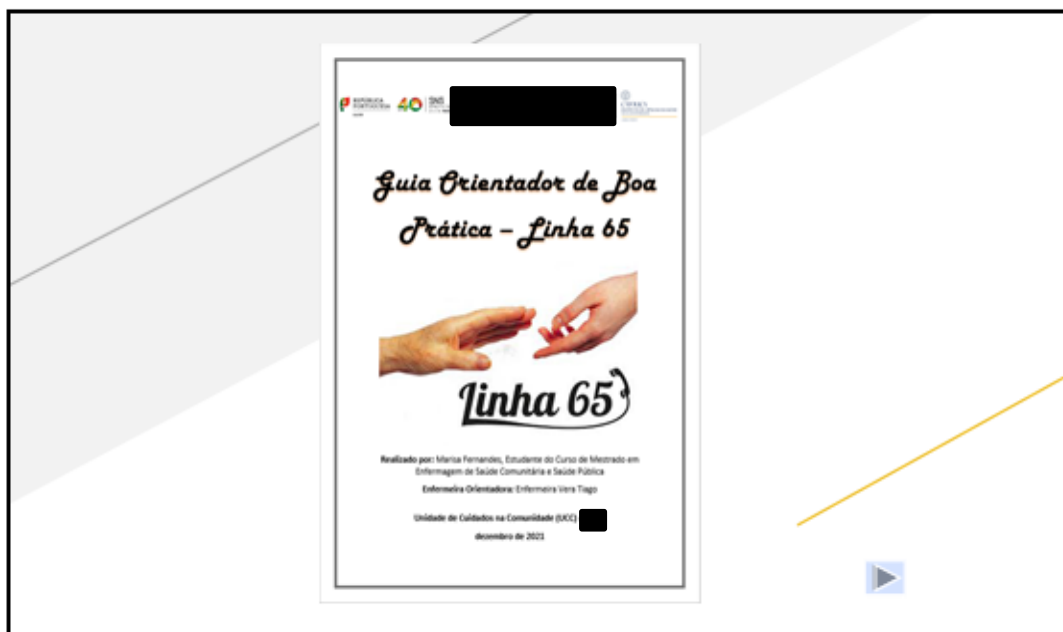
# Linha 65

Mestranda: Marisa Fernandes

Enf.ª Orientadora: Vera Tiago

### **Objetivos**

- Apresentar Guia Orientador de Boa Prática- Linha 65
- Apresentar Formulário de Referenciação
- Apresentar Fluxograma de Articulação
- Contribuir para a otimização da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65



## Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65

### Objetivos:

- Responder a necessidades de saúde expressas e sentidas pelos enfermeiros:
- Necessidade de desenvolvimento de um documento formal, atual e acessível a todos os profissionais de saúde da UCC sobre o Projeto Linha 65
- Carência de melhoria da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, particularmente na articulação com as Unidades Funcionais (UF)
- Constituir um instrumento de qualidade basilar para a atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes.



# Índice

## Índice

0. Introdução
1. Enquadramento Teórico
1.1. Definição de Pessoa Idosa
1.2. O Conceito de Envelhecimento
1.3. O Envelhecimento em Portugal
1.4. O Envelhecimento no Contexto do Social
1.5. Envelhecimento Ativo e Saudável
1.6. Problemas e Riscos da Pessoa Idosa
1.6.1. Isolamento social e solidão
1.6.2. Violência
1.6.2.1. Equipa de Prevenção de Violência nos Adultos (EPA)
1.6.3. Vulnerabilidade do estado de saúde
1.6.4. Situação de Dependência
1.7. Legislação
1.7.1. Direitos da Pessoa Idosa
1.7.2. Regime Jurídico do Idoso acompanhado
2. Projeto Linha IS
2.1. Intervenção de Enfermeiros no Projeto Linha IS
2.1.1. Visita Doméstica (VD)
2.1.2. Consulta de Informações e Registos
2.1.3. Consulta RSE NP
2.1.4. Consulta de Informação Clínica
2.1.5. Procedimento em Solidão
2.1.6. Processo de Enfermagem em SCSSo
2.1.7. Estat de Articulação com Equipa de Família
2.1.8. Base de Dados Linha IS
2.1.9. Fluxograma de Intervenção de Enfermeiro na Linha IS
2.1.10. Fluxograma de Articulação
3. Considerações Finais
4. Referências Bibliográficas
Apêndices
Anexos

## Enquadramento Teórico

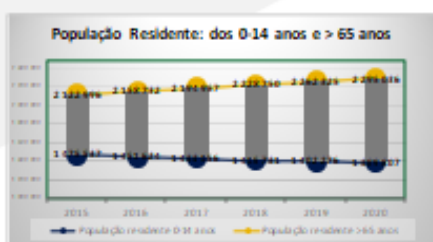
- **Definição de Pessoa Idosa:** Em Portugal, a pessoa idosa ou idoso é aquela com 65 anos ou mais de idade, enquanto segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (INE- Instituto Nacional de Estatística, 2005; WHO- World Health Organization, 2002).
- **Conceito de Envelhecimento:**
  - Um processo natural do ciclo de vida que, sendo inevitável, deverá ser vivido como uma oportunidade de manter a saúde e a autonomia pelo maior tempo possível
  - Fatores determinantes no processo de envelhecimento: ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo, bem como o impacto da família, da comunidade e da sociedade, que têm forte influência na forma como se envelhece
  - Tendo em conta a crescente necessidade de apoio ao grupo vulnerável das Pessoas Idosas, a DGS desenvolveu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025

## Enquadramento Teórico

- **Envelhecimento em Portugal:**

- De entre os 28 países da União Europeia, Portugal é o 4º com maior percentagem de pessoas idosas
- Contínuo processo de envelhecimento da população residente em Portugal

Gráfico 1 – População residente em Portugal: dos 0 aos 14 anos e acima dos 65 anos, de 2015 a 2020



Fonte: INE, 2021

Gráfico 2: Evolução do Índice de Envelhecimento, de 2015 a 2020



Fonte: INE, 2021

## Enquadramento Teórico

- **Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável – ENEAS 2017-2025**

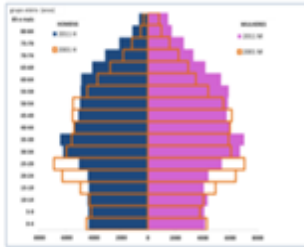
- **Objetivos:**

- Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas;
- Promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas

## Enquadramento Teórico

- Envelhecimento no Concelho

Figura 1 - Pirâmide etária do Concelho do Seixal, censos 2001-2011



Fonte: Unidade de Saúde Pública/ANES AS (dados INE, IP), 2014, adaptado de PLS AS 2013-2016

Gráfico 5 – Evolução do Índice de Envelhecimento no Concelho de 2011 a 2020)



Fonte: PORDATA, 2021

Gráfico 4 – Índice de Dependência de Idosos do Concelho de 2011 a 2020)



Fonte: PORDATA, 2021

Quadro 2 – Índice de Longevidade do Concelho de 2011 a 2020)

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Índice de longevidade	37,4	38,1	38,6	39	39,3	39,5	39,7	40,1	40,9	41,7

Fonte: PORDATA, 2021

## Problemas e Riscos das Pessoas Idosas

De acordo com a prevalência de casos na UCC Seixal:

- Isolamento Social e Solidão
- Violência
- Vulnerabilidade
- Situação de Dependência

## Legislação

- Direitos previstos na Constituição da República Portuguesa
- Direitos das Pessoas Idosas (APAV)
- Regime Jurídico do Maior Acompanhado - Lei nº 49/2018 de 14 de agosto

## Projeto Linha 65

- **Objetivos:**
- Proporcionar uma via de denúncia rápida e efetiva de maus tratos físicos e psicológicos para pessoas idosas e dependentes ao mesmo tempo que se dá uma resposta a essa problemática;
- Estabelecer um programa de apoio e de inclusão social a pessoas idosas e dependentes.

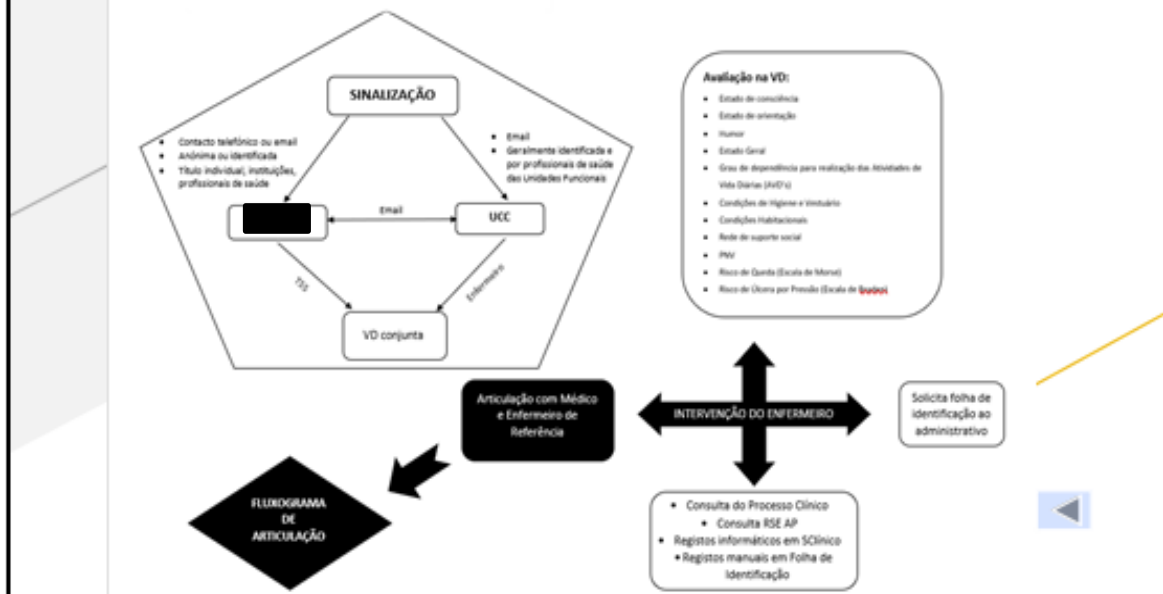
## Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65

1. Visita Domiciliária (VD)
2. Consulta de Informações e Registos
3. Consulta RSE AP
4. Consulta de Informação Clínica
5. Procedimento em SClínico
6. Processo de Enfermagem em SClínico
7. Email de Articulação com Equipa de Família (Formulário de Referenciação)
8. Base de Dados Linha 65
9. Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65
10. Fluxograma de Articulação

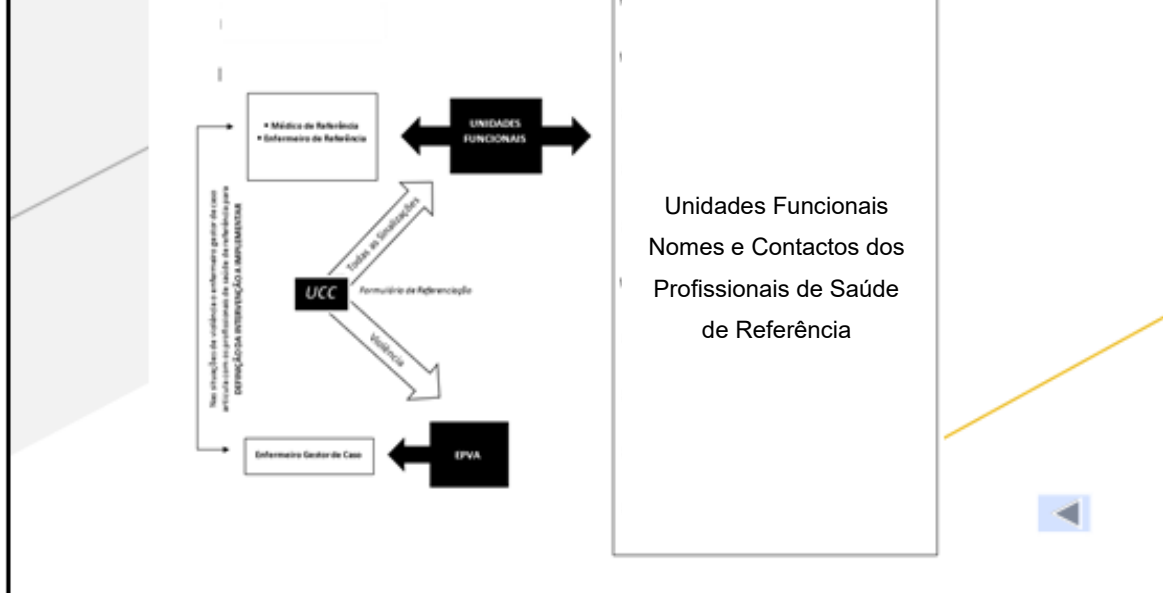




## Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro



## Fluxograma de Articulação



## Considerações Finais

- Importância de instrumento de qualidade como recurso para a otimização da intervenção do enfermeiro
- Promoção da Prática Baseada na Evidência
- O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Promoção da otimização da articulação com as UF
- Formalização da articulação com a EPVA
- Formalização dos Elementos de Referência nas UF

## Referências Bibliográficas

- Almeida, A. M. G. (2017). *Espereidade e vulnerabilidade em pessoas idosas: implicações para os cuidados de enfermagem*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24191>
- AMA, 2021, disponível em <https://portugal.gov.pt/cidades/cuidado-informal/regime-do-maior-acompanhado> acessado a 1 de Novembro de 2021
- Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. de, & Amancio, V. dos S. (2019). Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.880159>
- ARAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2010). *Manual Técnico - Apoio a Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência*. ARAV. ISBN 978-972-8852-32-0
- ARAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. 2014 – Direitos da Pessoa Idosa - disponível em <https://apav.pt/peessoaidosa/index.php/direitos-da-pessoa-idosa/5>, acessado a 29 de Novembro de 2021
- ARAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. E., Vítima, C. D. A., & Vítimação, C. D. A. (2020). *Estatísticas ARAV Relatório Anual 2020*.
- Bao, J., Chua, K. C., Prina, M., & Prince, M. (2019). Multimorbidity and care dependence in older adults: A longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6161-4>
- Barbosa KT, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis.
- Barbosa, I.M.E.N. (2020). *Os direitos da pessoa idosa – O novo regime jurídico do maior acompanhado. Relatório de estágio realizado na AMPMV – Associação Mais Proximidade Melhor Vida, com vista à obtenção do grau de Mestre em Direito na especialidade de Direito Forense e Arbitragem*. Nova School of Law
- Beirão, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Báezquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, E., Forjaz, M. J., & Calteñón-Lemaña, A. (2020). Are loneliness and social isolation associated with quality of life in older adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228632>
- Bezerra, P. A., & Nunes, J. W. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa Aging and social isolation: an integrative review Envejecimiento y aislamiento social: una revisión integradora. *Acta Paul Enferm*, 34, 2661. <https://scid.org/0000-0008-0827-3882LuisBanosodaArenedoMouna2https://arcd.org/0000-0002-1208-4569>

- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus impactos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
- CEPPI P - Centro de Estudos das Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Disponível em: [http://www.open.pt/hpl/npl/7/newid=1336&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.open.pt/hpl/npl/7/newid=1336&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Cohen-Mansfield, J., & Dawson, R. (2020). The meanings of loneliness for older persons. *Aging and Mental Health*, 24(6), 566-576. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571019>
- [Redacted] - Linha 05 disponível em <https://www.google.com/pt-br/maps/@13.0500000,-17.0500000,15z>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral de Saúde, 52. <http://www.ans.gov.pt/pt-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral da Saúde - Divisão de Doenças Genéricas, Crónicas e Geriátricas*, 1(1), 1-28. <http://www.falst.com.br/revista/index.php/falst/article/view/16/12>
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação Da Direção-Geral de Saúde, 017, 1-10.
- Diário da República. (2018). Lei nº69/2018. *Diário Da República*, 150(1), 4072-4086.
- Dias, K. M., Herdman, T. H., Ferretti-Rebutin, R. E. de L., Lopes, C. T., & Santos, E. R. Dos. (2020). Relationships between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Enferm (São Paulo, Braz)*, 34, e2019045. <https://doi.org/10.31744/enferm.v34n045>
- Fonseca, A.M. (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.* [https://content.publishing.pt/pt-content/uploads/2018/05/15122919/ageing\\_in\\_place\\_web.pdf](https://content.publishing.pt/pt-content/uploads/2018/05/15122919/ageing_in_place_web.pdf)
- Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em <http://www.ufr.br/online/objn002/arquivos.htm> acessado a 24 de Novembro de 2021
- Gavasso, W.C. & Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e mobilidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 399-409.
- Gené-Bada, J., Carrión, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cilla, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Profiles of loneliness and social isolation in urban populations. *Atención Primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gil, A.P., Santos, A.J., Kiriya, I., Santos, C., Masco, L., Ferreira, A.I., & Vieira, D.N. (2015). A sociology of a elderly victim of family violence in Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(5), 1234-1246. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>
- INE - Instituto Nacional de Estatística I.P. 2003. disponível em <https://inec.pt/Conceito/Debitos?id=925&lang=PT> acessado a 7 de Outubro de 2021

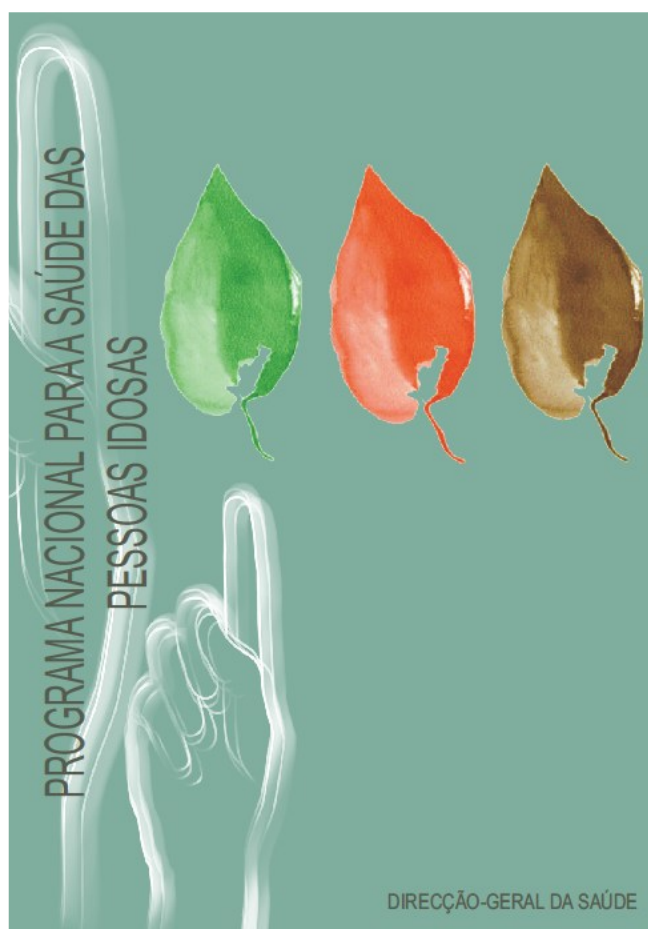
- Jesus, I. T. M. de, Orlando, A. A. dos S., Graziano, E. da S., & Zaccari, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(5), 614-620. <https://doi.org/10.1590/1982-01942017010088>
- Lobo, A. de J. S., Santos, L., & Gomes, S. (2016). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913-919. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014070609>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Achayawden, D., Lee, J. H., Stephan, Y., & Suh, A. R. (2020). Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 794-801. <https://doi.org/10.1002/gps.5304>
- Mendes, F. & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Milennium*, 2(ed espec nº2), 135-140.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. *Diário Da República*, 2.ª Série - Nº 94, 94, 2013-2013.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. *Diário Da República*, 2.ª Série - No 94, 94, 2013-2013.
- Ocampo-Chaparro, JM, Reyes-Oritz RA, Castro-Florez X, Gómez F. *Colomb Med (Call)*. 2019; 50(2): 89-101
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 428/2018. *Diário Da República*, 2.ª série(135), 19354-19356.
- Oliveira, A. A. V. de, Trigueiro, D. R. S. G., Fernandes, M. dos G. M., & Silva, A. O. (2013). Mau-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 128-133. <https://doi.org/10.1590/0034-71672013000100020>
- OMS - Organização Mundial De Saúde (2002) *Anatório Mundial Sobre Violência e Saúde*, Geneva
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [https://apps.who.int/iris/handle/10665/186668/WHO\\_FWC\\_N\\_C\\_15\\_01.pdf;jsessionid=14636FD1D4D5569E15CBA0F0ECC7926?sequence=6](https://apps.who.int/iris/handle/10665/186668/WHO_FWC_N_C_15_01.pdf;jsessionid=14636FD1D4D5569E15CBA0F0ECC7926?sequence=6)
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros disponível em <https://www.odemef.pt/pt/pt/ordem-de/enfermeiros/legislacao/legislacao-do-perfil-de-competencias> acessado a 5 de Outubro de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (2015) - Lei nº 156/2015 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República Nº 181 /2015, Série I*.
- Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. (2020). Self-care dependency assessment: an exploratory study of the phenomenon in community. *Revista Do De Enfermagem*, 43(1), 486-492.
- Philip, K. E. J., Polkey, M. I., Hoeksnon, N. S., Straton, A., & Francoort, D. (2020). Social isolation, loneliness and physical performance in older adults: findings from a cohort study. *Scientific Reports*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70483-3>
- Pinto, A. H., Lange, C., Pastore, C. A., de Lencastre, P. M. P., Castro, D. P., & da Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11), 3545-3555. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211122182015>

- PORDATA. 2021. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios/363504/indicador+envelhecimento+552> acessado a 27 de Setembro de 2021
- Santos AMR, Nóbrega RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMR, Bórfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e038117. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803817>
- Santos, M. A. B., Moreira, R. da S., Faccio, R. F., Gomes, G. C., & Silva, V. de L. (2020). Factors associated with elder abuse: A systematic review of the literature. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(6), 2153–2175. <https://doi.org/10.1590/01413-8123202025625112018>
- Schrempft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Shephard, A. (2019). Association between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*, 19(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. de S. B. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agredido. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637–652. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001662014>
- Silva, G. C. N., Almeida, V. L., de Brito, T. R. P., Godinho, M. L. S. da C., Nogueira, D. A., & Chin, L. T. (2018). Violence against elderly people: A documentary analysis. *Aquichan*, 18(4), 489–490. <https://doi.org/10.5294/aquichan.2018.18.4.7>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde de 2021. Guia de Saúde, A solidão e o isolamento social. Disponível em: <http://www.sns.gov.pt/guia/le-ao-estado-e-o-isolamento-social> acessado a 18 de Novembro de 2021
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2019) disponível em <https://www.sns.gov.pt/informacao/2019/07/22/le-estado-em-pacto-de-solidao-em-le-ao> acessado a 18 de Novembro de 2021
- Soares, A. P., & Amador, S. (2017). Portugal Saúde em Números 2017 | Número 5. *Revista Científica Da Direcção-Geral Da Saúde*, 5, 1–35.
- UIC [redacted] (2019) - Relatório de Atividades
- UIC [redacted] disponível em <https://drive.google.com/file/d/1uCCd5wLkLcArLrS-de-servico-0/rvb6-65>
- World Health Organization - WHO (2002) Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid, Spain, April, 2002.
- World Health Organization – WHO (2010) Falls. Factsheet Nº 344 disponível em <http://www.who.int/mediacentre/news-room/factsheet-detail/falls> acessado a 19 de Novembro de 2021
- World Health Organization (2014). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). *A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide*: main report. Geneva: WHO; 2008

# ANEXOS

# ANEXO I

*Programa Nacional para as Pessoas Idosas*



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

# ANEXO II

*Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável  
(ENEAS) – 2017-2025*

**ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O  
ENVELHECIMENTO ATIVO E  
SAUDÁVEL  
2017-2025**

Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial  
(Despacho n.º12427/2016)

10 de julho de 2017

Grupo de trabalho  
Andreia Silva da Costa (Relatora), *Direção-Geral da Saúde*

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

# ANEXO III

*Regime Jurídico do Maior Acompanhado - Lei n.º 49/2018*

como de outras pessoas, nos termos do artigo 1713.º, não sendo necessário que a condição seja recíproca.

2 — A renúncia apenas afeta a posição sucessória do cônjuge, não prejudicando designadamente o direito a alimentos do cônjuge sobrevivente, previsto no artigo 2018.º, nem as prestações sociais por morte.

3 — Sendo a casa de morada de família propriedade do falecido, o cônjuge sobrevivente pode nela permanecer, pelo prazo de cinco anos, como titular de um direito real de habitação e de um direito de uso do recheio.

4 — Excepcionalmente, e por motivos de equidade, o tribunal pode prorrogar o prazo previsto no número anterior considerando, designadamente, a especial carência em que o membro sobrevivente se encontra, por qualquer causa.

5 — Os direitos previstos no n.º 3 caducam se o interessado não habitar a casa por mais de um ano, salvo se a razão dessa ausência lhe não for imputável.

6 — Os direitos previstos no n.º 3 não são conferidos ao cônjuge sobrevivente se este tiver casa própria no concelho da casa de morada da família, ou neste ou nos concelhos limítrofes se esta se situar nos concelhos de Lisboa ou do Porto.

7 — Esgotado o prazo em que beneficiou do direito de habitação, o cônjuge sobrevivente tem o direito de permanecer no imóvel na qualidade de arrendatário, nas condições gerais do mercado, e tem direito a permanecer no local até à celebração do respetivo contrato, salvo se os proprietários satisfizerem os requisitos legalmente estabelecidos para a denúncia do contrato de arrendamento para habitação, pelos senhorios, com as devidas adaptações.

8 — No caso previsto no número anterior, na falta de acordo sobre as condições do contrato, o tribunal pode fixá-las, ouvidos os interessados.

9 — O cônjuge sobrevivente tem direito de preferência em caso de alienação do imóvel, durante o tempo em que o habitar a qualquer título.

10 — Caso o cônjuge sobrevivente tenha completado 65 anos de idade à data da abertura da sucessão, o direito de habitação previsto no n.º 3 é vitalício.»

#### Artigo 4.º

##### Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no primeiro dia do mês subsequente ao da sua publicação.

Aprovada em 18 de julho de 2018.

O Presidente da Assembleia da República, *Eduardo Ferro Rodrigues*.

Promulgada em 1 de agosto de 2018.

Publique-se.

O Presidente da República, *MARCELO REBELO DE SOUSA*.

Referendada em 6 de agosto de 2018.

O Primeiro-Ministro, *António Luís Santos da Costa*, 111575405

#### Lei n.º 49/2018

de 14 de agosto

Cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação, previstos no Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966.

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

1 — A presente lei cria o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando os institutos da interdição e da inabilitação e procedendo à alteração dos seguintes diplomas:

a) Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47 344, de 25 de novembro de 1966, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 67/75, de 19 de fevereiro, 201/75, de 15 de abril, 261/75, de 27 de maio, 561/76, de 17 de julho, 605/76, de 24 de julho, 293/77, de 20 de julho, 496/77, de 25 de novembro, 200-C/80, de 24 de junho, 236/80, de 18 de julho, 328/81, de 4 de dezembro, 262/83, de 16 de junho, 225/84, de 6 de julho, e 190/85, de 24 de junho, pela Lei n.º 46/85, de 20 de setembro, pelos Decretos-Leis n.ºs 381-B/85, de 28 de setembro, e 379/86, de 11 de novembro, pela Lei n.º 24/89, de 1 de agosto, pelos Decretos-Leis n.ºs 211-B/90, de 15 de outubro, 257/91, de 18 de julho, 423/91, de 30 de outubro, 185/93, de 22 de maio, 227/94, de 8 de setembro, 267/94, de 25 de outubro, e 163/95, de 13 de julho, pela Lei n.º 84/95, de 31 de agosto, pelos Decretos-Leis n.ºs 329-A/95, de 12 de dezembro, 14/96, de 6 de março, 68/96, de 31 de maio, 35/97, de 31 de janeiro, e 120/98, de 8 de maio, pelas Leis n.ºs 21/98, de 12 de maio, e 47/98, de 10 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 343/98, de 6 de novembro, pela Lei n.º 59/99, de 30 de junho, e 16/2001, de 22 de junho, pelos Decretos-Leis n.ºs 272/2001, de 13 de outubro, 273/2001, de 13 de outubro, 323/2001, de 17 de dezembro, e 38/2003, de 8 de março, pela Lei n.º 31/2003, de 22 de agosto, pelos Decretos-Leis n.ºs 199/2003, de 10 de setembro, e 59/2004, de 19 de março, pela Lei n.º 6/2006, de 27 de fevereiro, pelo Decreto-Lei n.º 263-A/2007, de 23 de julho, pela Lei n.º 40/2007, de 24 de agosto, pelos Decretos-Leis n.ºs 324/2007, de 28 de setembro, e 116/2008, de 4 de julho, pela Lei n.º 61/2008, de 31 de outubro, e 14/2009, de 1 de abril, pelo Decreto-Lei n.º 100/2009, de 11 de maio, e pelas Leis n.ºs 39/2009, de 29 de junho, 103/2009, de 11 de setembro, 9/2010, de 31 de maio, 23/2010, de 30 de agosto, 24/2012, de 9 de julho, 31/2012 e 32/2012, de 14 de agosto, 23/2013, de 5 de março, 79/2014, de 19 de dezembro, 82/2014, de 30 de dezembro, 111/2015, de 27 de agosto, 122/2015, de 1 de setembro, 137/2015, de 7 de setembro, 143/2015, de 8 de setembro, e 150/2015, de 10 de setembro, 5/2017, de 2 de março, 8/2017, de 3 de março, 24/2017, de 24 de maio, 43/2017, de 14 de junho, e 48/2018, de 14 de agosto;

b) Código de Processo Civil, aprovado pela Lei n.º 41/2013, de 26 de junho;

c) Lei n.º 66-A/2007, de 11 de dezembro, que define as competências, modo de organização e funcionamento do Conselho das Comunidades Portuguesas;

d) Código de Registo Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho.

## **Apêndice III – Guião de Entrevista**

## Guião de Entrevista

**Tema:** Orientação Prática para a intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65

**Objetivo:** Elaborar um Guia Orientador da Boa Prática - Linha 65

Questões	Observações
Quais as maiores dificuldades sentidas aquando a intervenção no Projeto Linha 65?	
Como é realizado o encaminhamento para outros profissionais envolvidos no Projeto Linha 65? (profissionais e os seus papéis)	
O que considera que pode ser feito para melhorar a intervenção no Projeto Linha 65? (estratégias e sugestões)	

**Apêndice IV – Grelha de Análise de conteúdo das entrevistas**

**Apêndice IV – Grelha de Análise de conteúdo das entrevistas**

Categorias	Subcategorias	Unidades de Contexto	Unidades de Registo / Significação
<p><b>Dificuldades dos enfermeiros aquando a intervenção no Projeto Linha 65</b></p>	<p><b>Transmissão informação</b></p>	<p>E1: “Não existe retorno da informação. Eu envio emails à equipa de família e não obtenho resposta. Fico sem saber se houve intervenção por parte deles (...) muitas vezes tenho que insistir e reenviar email para haver um seguimento da situação (...) raramente existe resposta por parte da equipa de enfermagem ou enfermeiro de família”</p> <p>(...) “Sinto que existe falta de troca de informação entre os intervenientes (...) muitas vezes não sei o ponto de situação dos casos que encaminho”</p> <p>E2: “Para mim é frustrante não saber o que aconteceu aos utentes, se a situação ficou resolvida ou não (...) não existe retorno de informação sobre a continuidade dos cuidados (...) é difícil a comunicação com a equipa de família. Nós recebemos o email do colega da Linha [65] no nosso email geral e nem sempre chega ao enfermeiro de família (...) “os médicos não nos procuram para intervir no encaminhamento dos utentes, há falta de um trabalho em equipa como deveria acontecer (...) acho que a informação se perde”</p>	<p>- Falta de comunicação entre a equipa</p> <p>- Descontinuidade de cuidados</p>

	<b>Articulação entre a equipa</b>	E1: “A articulação é feita através de email que é enviado para o médico de família, coordenação da unidade funcional, enfermeiro de família, quando se sabe quem é claro, para a equipa geral de enfermagem e para a Enf. <sup>a</sup> V [coordenação da UCC S] (...) nem sempre temos o email do médico ou do enfermeiro de família e enviamos para o email geral (...) ficamos sem resposta (...) às vezes vou ver se existe registo em SClinico de alguma intervenção feita ao utente no seguimento da referenciação feita pela Linha [65]”	- Não uniformização dos processos de articulação
	<b>Registos</b>	E1: “Eu faço alguns registos na folha de identificação para ser mais fácil de consultar (...) depois há os registos no SClinico, o processo de enfermagem, as notas de contacto (...) imprimo o email que envio e anexo ao processo (...) E2: “Não conseguimos visualizar os registos de enfermagem [SClinico] feitos por outras unidades	- Registos dispersos (em papel, em email, em SClinico)
	<b>Recursos</b>	E1: “Temos pouco tempo para a Linha [65] (...) é um dia por semana e nem sempre. Há muita coisa para organizar (...) estamos dependentes da informação fornecida pela CT E2: “Gostava de dar outro tipo de resposta, mas falta tempo (...) a falta de carrinhas de transporte dificulta a realização de visitas domiciliárias (...)	- Falta de tempo - Falta de meio de transporte

	<b>Organização</b>	E1: “Sinto que falta organização por parte das equipas de família tendo em conta que não há seguimento dos casos e não há respostas (...) temos que insistir (...)”	- Desorganização das equipas
	<b>Conhecimento</b>	E2: “Há médicos que perguntam o que é a Linha 65 (...) há falta de conhecimento sobre a Linha (65). Acho que é um fator para a falta de intervenção por parte de alguns (colegas)”	- Desconhecimento sobre a Linha 65
<b>Encaminhamento para outros profissionais envolvidos no Projeto Linha 65</b>	<b>Via</b>	E1: “É a CT que recebe as denúncias e nos informa por email (...) também já recebemos denúncias feitas por outros colegas [das Unidades Funcionais] mas encaminhamos sempre para a CT [por email] (...) normalmente falo com a V. [Assistente Social da CT] para discutir opiniões e combinarmos as VD's“ E2:” A troca de informação é sempre feita por email para todos os possíveis intervenientes (...) informal (...)”	- Dependência da CT - Restrição da informação ao utilizador do email
	<b>Registos</b>	E1: “(...) escrevo no email a descrição da situação, para dar conhecimento, e solicito o apoio para o melhor seguimento. Não existe propriamente um formato padrão (...) tenho aqui o impresso da CT para a sinalização mas não existe para referência (...) já cheguei a usar [o de sinalização] (...)” E2: “Sei que existe uma folha de referência da UCC, lembro-me disso (...)”	- Falta de uniformização no processo - Falta de recurso: formulário de referência
<b>Sugestões de melhoria para a</b>	<b>Organização</b>	E1: “(...) quando havia a reunião, tínhamos melhor noção dos utentes seguidos na Linha (65) (...) deveria voltar a haver a	- Carência de reunião entre todos os parceiros

<b>intervenção no Projeto Linha 65</b>		reunião entre todos os parceiros para fazer pontos de situação (...) trimestral (...)”	do Projeto Linha 65 [dependente da CT]
	<b>Articulação</b>	<p>E1: “Era ótimo termos os contactos de todos os enfermeiros das Unidades Funcionais para facilitar o encaminhamento dos emails (...) também seria facilitador existir um enfermeiro de referência em cada Unidade Funcional, assim acho que se perdia menos o fio à meada (...) e a existência de linhas orientadoras para a intervenção na articulação”</p> <p>E2: “(...) a articulação devia ser sempre feita para o enfermeiro de família (...) utilizar o formulário de referenciação para uniformizar o processo (...) um enfermeiro de referência teria conhecimento de todas as situações”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carência de uma lista de contactos dos enfermeiros das UF</li> <li>- Inexistência de Enfermeiro de Referência em cada Unidade Funcional</li> <li>- Inexistência de linhas orientadoras para a intervenção na articulação</li> <li>- Falta de recurso: Formulário de Referenciação</li> </ul>

**Apêndice V** – Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65

REPÚBLICA PORTUGUESA

40 SNS 1978-2018

CAVOKA

**Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65**

Estágio Final

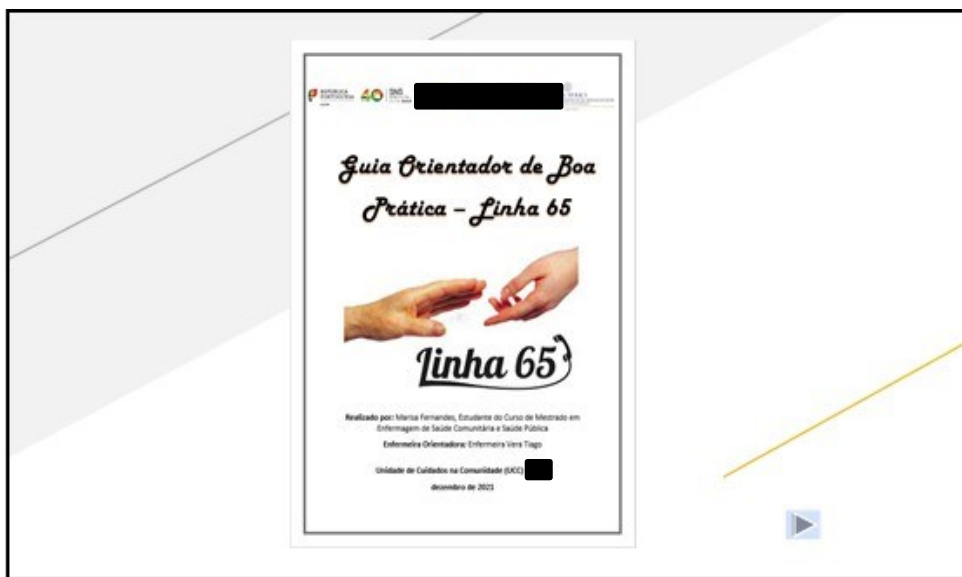
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

**Linha 65**

Mestranda: Marisa Fernandes  
Enf.ª Orientadora: Vera Tiago

## Objetivos

- Apresentar Guia Orientador de Boa Prática- Linha 65
- Apresentar Formulário de Referenciação
- Apresentar Fluxograma de Articulação
- Contribuir para a otimização da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65



## Guia Orientador de Boa Prática - Linha 65

### Objetivos:

- Responder a necessidades de saúde expressas e sentidas pelos enfermeiros:
- Necessidade de desenvolvimento de um documento formal, atual e acessível a todos os profissionais de saúde da UCC sobre o Projeto Linha 65
- Carência de melhoria da intervenção do enfermeiro no Projeto Linha 65, particularmente na articulação com as Unidades Funcionais (UF)
- Constituir um instrumento de qualidade basilar para a atuação profissional em práticas recomendadas, tornando os cuidados prestados mais seguros, visíveis e eficazes.

## Índice

### Índice

0	Introdução
1	Enquadramento Teórico
1.1	Definição de Pessoa Idosa
1.2	O Conceito de Envelhecimento
1.3	O Envelhecimento em Portugal
1.4	O Envelhecimento no Contexto de Saúde
1.5	Envelhecimento Ativo e Saudável
1.6	Prevenção e Risco da Pessoa Idosa
1.6.1	Isolamento social e solidão
1.6.2	Violência
1.6.2.1	Equipa de Prevenção da Violência nos Adultos (EPA)
1.6.3	Vulnerabilidade do estado de saúde
1.6.4	Situação de Dependência
1.7	Legislação
1.7.1	Deveres da Pessoa Idosa
1.7.2	Regime Jurídico do Maior acompanhado
2	Projeto Linha IS
2.1	Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha IS
2.1.1	Unidade Demográfica (UD)
2.1.2	Consulta de Informações e Registos
2.1.3	Consulta PSE AP
2.1.4	Consulta de Informação Clínica
2.1.5	Procedimento em Saúde
2.1.6	Processo de Embargamento em Saúde
2.1.7	Enal de Atuação com Equipa de Família
2.1.8	Bases de Dados Linha IS
2.1.9	Plano de Intervenção do Enfermeiro na Linha IS
2.1.10	Plano de Intervenção de Atuação
3	Considerações Finais
4	Referências Bibliográficas
	Apêndices
	Annexos

## Enquadramento Teórico

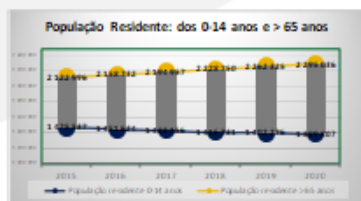
- **Definição de Pessoa Idosa:** Em Portugal, a pessoa idosa ou idosa é aquela com 65 anos ou mais de idade, enquanto segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (INE- Instituto Nacional de Estatística, 2005; WHO- World Health Organization, 2002).
- **Conceito de Envelhecimento:**
  - Um processo natural do ciclo de vida que, sendo inevitável, deverá ser vivido como uma oportunidade de manter a saúde e a autonomia pelo maior tempo possível
  - Fatores determinantes no processo de envelhecimento: ambientais e pessoais, os determinantes económicos, sociais e culturais, o ambiente físico, o sistema de saúde, o sexo, bem como o impacto da família, da comunidade e da sociedade, que têm forte influência na forma como se envelhece
  - Tendo em conta a crescente necessidade de apoio ao grupo vulnerável das Pessoas Idosas, a DGS desenvolveu a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025

## Enquadramento Teórico

- **Envelhecimento em Portugal:**

- De entre os 28 países da União Europeia, Portugal é o 4.º com maior percentagem de pessoas idosas
- Contínuo processo de envelhecimento da população residente em Portugal

Gráfico 1 – População Residente em Portugal: dos 0 aos 14 anos e acima dos 65 anos, de 2015 a 2020



Fonte: INE, 2021

Gráfico 2: Evolução do Índice de Envelhecimento, de 2015 a 2020



Fonte: INE, 2021

## Enquadramento Teórico

- **Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável – ENEAS 2017-2025**

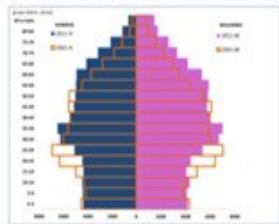
- **Objetivos:**

- Sensibilizar para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e promover a mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e às pessoas idosas;
- Promover a cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável;
- Contribuir para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas

## Enquadramento Teórico

### Envelhecimento no Concelho

Figura 1 - Pirâmide etária do Concelho do Seixal, censos 2001-2011



Fonte: Unidade de Saúde Pública/ICES AD (dados: INE, IP), 2014, adaptado de PLS AD 2013-2016

Gráfico 5 – Evolução do Índice de Envelhecimento no Concelho de 2011 a 2020



Fonte: PORDATA, 2021

Gráfico 4 – Índice de Dependência de Idosos do Concelho do Seixal (de 2011 a 2020)



Fonte: PORDATA, 2021

Quadro 2 – Índice de Longevidade do Concelho (de 2011 a 2020)

Ano	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Índice de longevidade	37,4	38,1	38,6	39	39,3	39,5	39,7	40,1	40,9	41,7

Fonte: PORDATA, 2021

## Problemas e Riscos das Pessoas Idosas

De acordo com a prevalência de casos na UCC Seixal:

- Isolamento Social e Solidão
- Violência
- Vulnerabilidade
- Situação de Dependência

## Legislação

- Direitos previstos na Constituição da República Portuguesa
- Direitos das Pessoas Idosas (APAV)
- Regime Jurídico do Maior Acompanhado - Lei nº 49/2018 de 14 de agosto

## Projeto Linha 65

- **Objetivos:**
- Proporcionar uma via de denúncia rápida e efetiva de maus tratos físicos e psicológicos para pessoas idosas e dependentes ao mesmo tempo que se dá uma resposta a essa problemática;
- Estabelecer um programa de apoio e de inclusão social a pessoas idosas e dependentes.

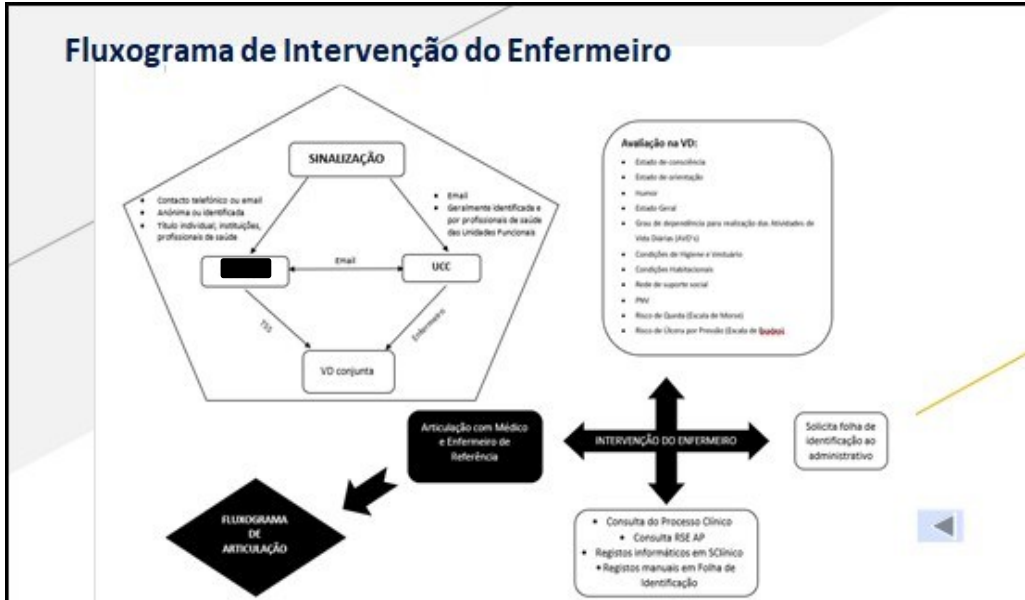
## Intervenção do Enfermeiro no Projeto Linha 65

1. Visita Domiciliária (VD)
2. Consulta de Informações e Registos
3. Consulta RSE AP
4. Consulta de Informação Clínica
5. Procedimento em SClínico
6. Processo de Enfermagem em SClínico
7. Email de Articulação com Equipa de Família ([Formulário de Referenciação](#))
8. [Base de Dados Linha 65](#)
9. [Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro na Linha 65](#)
10. [Fluxograma de Articulação](#)

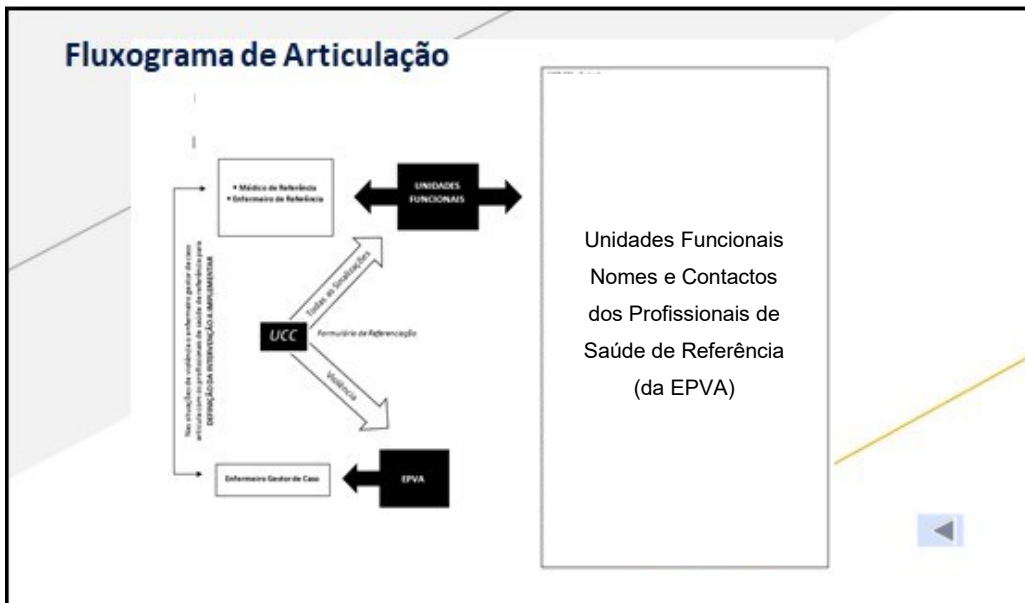




## Fluxograma de Intervenção do Enfermeiro



## Fluxograma de Articulação



## Considerações Finais

- Importância de instrumento de qualidade como recurso para a otimização da intervenção do enfermeiro
- Promoção da Prática Baseada na Evidência
- O desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Promoção da otimização da articulação com as UF
- Formalização da articulação com a EPVA
- Formalização dos Elementos de Referência nas UF

## Referências Bibliográficas

- Almeida, A. M. G. (2017). *Funcionalidade e vulnerabilidade em pessoas idosas: implicações para os cuidados de enfermagem*. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/24191>
- AMA, 2021, disponível em <https://portugal.gov.pt/cidades/cuidado-informal/ajuda-do-maior-acompanhado> acessado a 1 de Novembro de 2021
- Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. de, & Amancio, V. dos S. (2019). Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180159>
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2018). *Manual Título - Apoio a Pessoas Idosas: Vítimas de Crime e de Violência*. APAV ISBN 978-972-8852-32-0
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. 2014 – Direitos da Pessoa Idosa - disponível em <https://apav.pt/pessoas-idosas/index.php/direitos-da-pessoa-idosas/>, acessado a 29 de Novembro de 2021
- APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. E., Vítima, C. D. A., & Vítimação, C. D. A. (2020). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2020*.
- Bao, J., Qiu, K. C., Pina, M., & Prince, M. (2019). Multimorbidity and care dependence in older adults: A longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8063-4>
- Barbosa KTE, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis.
- Barbosa, J.M.F.N. (2020). Os direitos da pessoa idosa – O novo regime jurídico do maior acompanhado. Relatório de estágio realizado na AMPMV – Associação Mãe Proximidade Melhor Vida, com vista à obtenção do grau de Mestre em Direito na especialidade de Direito Forense e Arbitragem. Nova School of Law
- Beridze, G., Ayala, A., Ribeiro, O., Fernández-Mayoralas, G., Rodríguez-Bárcenas, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, E., Forjaz, M. J., & Calderín-Lameijer, A. (2020). Are loneliness and social isolation associated with quality of life in older adults? Insights from Northern and Southern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228637>
- Bezerra, P. A., & Nunes, J. W. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa Aging and social isolation: an integrative review. *Envelhecimento y aislamiento social: una revisión integradora. Acta Paul Enferm*, 34, 2661. <https://orcid.org/0000-0003-0827-3882/LeidesBarrasodaAzevedoMoura2https://orcid.org/0000-0002-1208-4569>

- Carro, M. E., & Gutand, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e suas implicações para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(3). <https://doi.org/10.1590/0102-311X0101417>
- CEPCE - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (2012). O envelhecimento da população: dependência, ataraxia e qualidade de vida de. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Lisboa. Disponível em: [http://www.qpw.pt/wp-content/uploads/2012/07/newid=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qpw.pt/wp-content/uploads/2012/07/newid=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)
- Cohen-Mansfield, J., & Diner, R. (2020). The meanings of loneliness for older persons. *Ageing and Mental Health*, 24(6), 564-574. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1571019>
- [REDACTED] - Linha 05 disponível em <https://sites.google.com/site/accda-saiba/carteira-de-servicos/linha-05>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. Direção-Geral de Saúde, 52. <http://www.dgs.gov.pt/pt-pt/comunicacao/2017/07/ENEA5.pdf>
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2000). Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas. Direção-Geral de Saúde - Divisão De Doenças Genéticas, Crónicas E Genéticas, 1(1), 1-28. <http://www.fafp.com.br/revista/index.php/fafp/article/view/16/12>
- DGS - Direção Geral da Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulta e Pediátrica (Braden Q). Orientação Da Direção Geral de Saúde, 017, 1-10.
- Diário da República. (2018). Lei nº49/2018. Diário Da República, 15(21), 4072-4086.
- Dias, K. M., Herdman, T. H., Ferratti-Rebutini, R. E. de L., Lopes, C. T., & Santos, E. R. Dos. (2020). Relationship between nursing diagnoses and the level of dependence in activities of daily living of elderly residents. *Crisisim (Sao Paulo, Brazil)*, 28, eA05485. <https://doi.org/10.31764/crisisim.v28i05485>
- Fonseca, A.M. (2018). Bases práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de bases práticas. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa. [https://orienta.gulbenkian.pt/pt-pt/content/aplicacao/2018/05/15/22915/applng\\_in\\_place\\_web.pdf](https://orienta.gulbenkian.pt/pt-pt/content/aplicacao/2018/05/15/22915/applng_in_place_web.pdf)
- Garcia, T.R.; Nóbrega, M.M.L. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 3, n. 2, ago. 2004. Disponível em <http://www.ufr.br/bjog/vol3no2/a-artigo1.htm> acessado a 24 de Novembro de 2021
- Gavasso, W.C. & Beltrame, V. (2017). Capacidade funcional e morbiidades referidas: uma análise comparativa em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 399-409.
- Genê-Bada, J., Comica, P., Balchin, A., Erdozain, M. Á., Cabas, L., Torres, S., & Rodríguez, R. (2020). Profiles of loneliness and social isolation in urban population. *Atención Primaria*, 52(4), 224-232. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>
- Gil, A. P., Santos, A. J., Kibaya, I., Santos, C., Masco, L., Ferreira, A. I., & Vieira, D. N. (2015). A sociography of elderly victims of family violence in Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1234-1246. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084614>
- INE - Instituto Nacional de Estatística I.P. 2003. disponível em <https://ami.inec.pt/Conceito/CeTabes7-0-254.html> acessado a 7 de Outubro de 2021

- Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., Graziano, E. da S., & Zazzari, M. S. (2017). Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(6), 614-620. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
- Lobo, A. de J. S., Santos, L., & Gomes, S. (2016). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913-919. <https://doi.org/10.1590/0304-3716.2014670908>
- Luchetti, M., Terracciano, A., Acharyar den, D., Lee, J. H., Stephan, Y., & Sutin, A. R. (2020). Loneliness is associated with risk of cognitive impairment in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(7), 794-801. <https://doi.org/10.1002/gps.5304>
- Mendes, F. & Xavier, P. (2017). A ordem jurídica portuguesa e os direitos da pessoa idosa. *Milenium*, 2(ed espec nº2), 135-140.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. Diário Da República, 2.ª Série - Nº 94, 94, 2013-2013.
- Ministério da Saúde. (2013). Despacho nº 6378/2013 - Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos. Diário Da República, 2.ª Série - No 94, 94, 2013-2013.
- Ocampo-Chaparro, JM, Reyes-Oritz, RA, Castro-Flores, X, Gómez F. *Colomb Med (Cali)*. 2019; 50(2): 89-101
- OE - Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 628/2018. Diário Da República, 2.ª série(135), 19354-19356.
- Oliveira, A. A. V. de, Trigueiro, D. R. S. G., Fernandes, M. das G. M., & Silva, A. O. (2013). Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(1), 126-133. <https://doi.org/10.1590/0034-71672013000100020>
- OMS - Organização Mundial De Saúde (2002) *Anuário Mundial Sobre Violência e Saúde*, Geneva
- OMS - Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. <https://www.who.int/pt-br/news-room/detail/2015/11/16/WHO-EWC-2015-01> acessado em 14-11-2020
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Ordem dos Enfermeiros disponível em <https://www.ordemdesenfermeiros.pt/pt-pt/atividade/atividade-do-perfil-de-competencias> acessado a 5 de Outubro de 2021
- Ordem dos Enfermeiros (2015) - Lei nº 156/2015 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República Nº 181 (2015, Série I.
- Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. (2020). Self-care dependency assessment: an exploratory study of the phenomenon in community. *Revista Rol De Enfermeiros*, 43(1), 486-492.
- Philp, K. E. J., Polkey, M. I., Hopkinson, N. S., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Social isolation, loneliness and physical performance in older adults: effects analyses of a cohort study. *Scientific Reports*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70483-3>
- Pinho, A. H., Lange, C., Pastora, C. A., de Liana, P. M. P., Castro, D. P., & dos Santos, F. (2016). Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11), 3545-3555. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211122182015>

- PORTATA. 2021. Disponível em <https://www.portata.pt/Municipios/34358/idade-de-aveira-precisamento-258> acessado a 27 de Setembro de 2021
- Santos AMR, Noílla RDS, Rodrigues RAP, Andrade EMR, Bórfim EG, Rodrigues TS. Economic-financial and patrimonial elder abuse: a documentary study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03417. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-2202017043803417>
- Santos, M. A. B., Moreira, R. da S., Faccio, B. F., Gomes, G. C., & Silva, V. de L. (2020). Factors associated with elder abuse: A systematic review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153-2175. <https://doi.org/10.1590/01413-8123202025625112018>
- Schrepff, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Association between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6428-y>
- Silva, C. F. S., & Dias, C. M. de S. B. (2016). Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agredido. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 637-652. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- Silva, G. C. N., Almeida, V. L., de Brito, T. R. P., Godinho, M. L. S. da C., Nogueira, D. A., & Chin, L. T. (2018). Violence against elderly people: A documentary analysis. *Aquichan*, 18(4), 469-480. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.4.7>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde de 24. (2021). Guia de Saúde, A solidão e o isolamento social. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/ku/ku-to-idade-e-o-isolamento-social> [acessado a 18 de Novembro de 2021]
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2019) disponível em <https://www.sns.gov.pt/informacao/2019/07/22/estudo-em-pacto-de-idade-em-aveira/> acessado a 18 de Novembro de 2021
- Soares, A. P., & Andrade, S. (2017). Portugal Saúde em Números 2017 | Número 5. *Revista Científica Da Direção-Geral Da Saúde*, 5, 1-35.
- UIC (2019) - Relatório de Atividades
- UIC disponível em <https://files.google.com/efw1ucdswkral/trabalho-de-servico/finha-65>
- World Health Organization - WHO (2002) Active Ageing - A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.
- World Health Organization - WHO (2010) Falls. Factsheet Nº 366 disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/falls> acessado a 19 de Novembro de 2021
- World Health Organization (2016). Draft 1: Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). A global response to elder abuse and neglect: building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: main report. Geneva: WHO; 2008

**Apêndice VI** – Formulário de Avaliação da Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática

## **Avaliação da Satisfação da Sessão “Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática – Linha 65”**

A sua opinião é muito importante para avaliar o nível de satisfação com a sessão realizada.

Solicito, por isso, a sua colaboração na resposta às seguintes questões:

### **1. Considera que o conteúdo apresentado foi útil para o desempenho das suas funções?**

Insuficiente\_

Satisfatório\_

Bom\_\_\_

Muito Bom\_\_\_

### **2. Considera que o tempo de duração da sessão, relativamente aos objetivos determinados, foi adequado?**

Insuficiente\_

Satisfatório\_

Bom\_\_\_

Muito Bom\_\_\_

### **3. Classifique quanto à clareza e objetividade na exposição**

Insuficiente\_

Satisfatório\_

Bom\_\_\_

Muito Bom\_\_\_

### **4. Qual a sua Avaliação Global sobre a Sessão**

Insuficiente\_

Satisfatório\_

Bom\_\_\_

Muito Bom\_\_\_

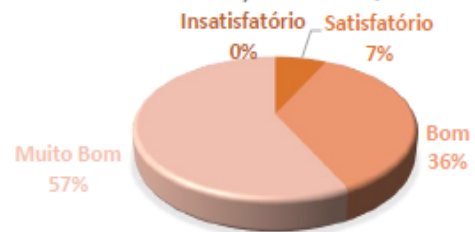
**Muito obrigada pela colaboração!**

**Apêndice VII** – Gráficos de Avaliação da Sessão de Apresentação do Guia Orientador de Boa Prática

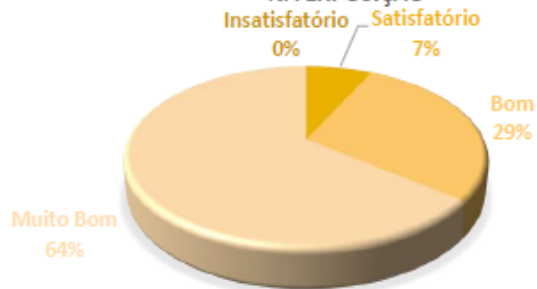
**1. CONSIDERA QUE O CONTEÚDO APRESENTADO FOI ÚTIL PARA O DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES?**



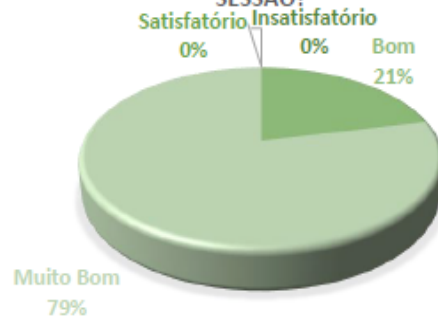
**2. CONSIDERA QUE O TEMPO DE DURAÇÃO DA SESSÃO, RELATIVAMENTE AOS OBJETIVOS DETERMINADOS, FOI O ADEQUADO?**



**3. CLASSIFIQUE QUANTO À CLAREZA E OBJETIVIDADE NA EXPOSIÇÃO**



**4. QUAL A SUA AVALIAÇÃO GLOBAL SOBRE A SESSÃO?**



## **Apêndice VIII – Formulário de Referenciação**



## Formulário de Referênciação

### Projeto Linha 65

**Parceria Comunitária com a Instituição Particular de Solidariedade Social**  
(IPSS) [REDACTED] - Associação de Solidariedade



Nome do utente:

SNS:

Data de Nascimento e Idade:

Morada:

Contato do utente:

Com quem reside:

Pessoa de referência e contato:

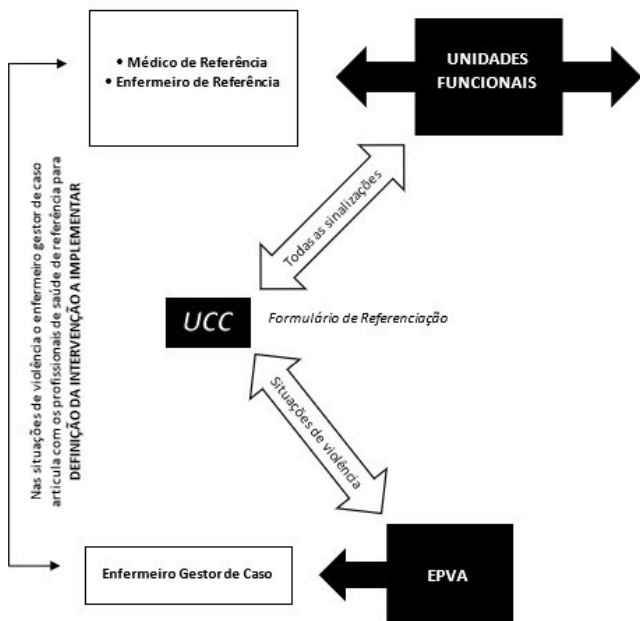
Data da referênciação:

Referenciado por:

Motivo da Referênciação:

## **Apêndice IX- Fluxograma de Articulação**

### Fluxograma de Articulação



Unidades Funcionais  
Nomes e Contactos dos  
Profissionais de Saúde de  
Referência (da EPVA)

**Apêndice X** – Póster - *Impacto da pandemia (COVID-19) nas crianças e nos adolescentes*



## Impacto da pandemia (COVID-19) nas crianças e nos adolescentes

**Introdução:** A pandemia por COVID-19, que foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a 11 de março de 2020 (OMS, 2020), foi impactante na vida da população a nível mundial, com implicações em específico nas crianças e nos adolescentes. As crianças e os adolescentes são menos afetados na forma sintomática e grave da COVID-19, mas mais suscetíveis no âmbito do desenvolvimento psicológico, por serem populações vulneráveis (Linhares e Enumo, 2020). O conceito “vulnerabilidade” remete à ideia de fragilidade e de dependência, que se relaciona à situação das crianças e dos adolescentes (Fonseca *et al.*, 2013). A infância e a adolescência são fases marcadas pelo desenvolvimento psicológico e emocional, daí que interferências nesse desenvolvimento possam ter repercussões nefastas. O distanciamento e o isolamento social, medidas essenciais de controlo da disseminação da contaminação na população (Aquino *et al.*, 2020), podem ter gerado impactos negativos, a diferentes níveis, nesta população em específico (Nehab, 2020). **Objetivo:** Identificar o impacto da pandemia por COVID-19 nas crianças e nos adolescentes. **Palavras-Chave:** Crianças em idade escolar; Covid-19; 2019-nCov; SARS-cov2; Pandemia; Coronavírus; Impacto; Influência; Consequência

**Materiais e Métodos:** Foi realizada uma *Scoping Review* baseada nas recomendações do *The Joanna Briggs Institute* (2015). A pergunta de revisão foi: “Qual o impacto da pandemia por COVID-19 nas crianças e nos adolescentes? Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (População, Conceito e Contexto), sendo P- crianças e adolescentes, C- aspetos ligados ao impacto da pandemia e C- considerado qualquer contexto.

### Resultados:



Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e dos artigos selecionados constataram-se estudos realizados em diferentes países.

Identificaram-se intervenções e estratégias diferentes, em populações e contextos igualmente distintos. Após análise de conteúdo dos artigos emergiram cinco categorias específicas que traduzem o impacto da Pandemia por Covid-19 nas crianças e nos adolescentes, sendo elas: saúde mental, atividade física/nutrição, maus-tratos infantis, impacto na aprendizagem e implicações do ensino online.

SAÚDE MENTAL	ATIVIDADE FÍSICA/NUTRIÇÃO	MAUS TRATOS INFANTIS	IMPACTO NA APRENDIZAGEM	IMPLICAÇÕES DO ENSINO ONLINE
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Medo e ansiedade por contrair a infeção Covid-19;</li> <li>-Distúrbios no sono, pesadelos, falta de apetite, irritabilidade, agitação, falta de atenção, medo que os membros da família sejam infetados;</li> <li>-Perturbações de rotina, tédio e monotonia para as crianças e adolescentes;</li> <li>-Contacto prolongado com familiares predispõe a transtornos de stress agudo (TSA), que pode levar a transtornos de humor, psicose e até tendência suicida;</li> <li>-Maior dependência dos seus pais;</li> <li>-Se familiares infetados, a separação das crianças de ambos os pais ou mesmo só um deles, traz a experiência de luto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos adquiridos durante a pandemia, por períodos prolongados de isolamento, possam ter impacto no futuro;</li> <li>-Assistem televisão e usam computador/jogos durante mais tempo;</li> <li>-Encerramento das escolas, dos parques e atividades extracurriculares;</li> <li>-Mais sedentários, com a tendência a ficarem fechados em casa todo o dia e a comerem o mesmo ou mais que o habitual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Serviços de proteção às crianças deixaram de ter forma de controlar de perto os possíveis ou já conhecidos maus-tratos;</li> <li>-Exploração infantil em crianças pobres, seguido de se tornarem vítimas de violência e abusos, trabalho infantil e casamento precoce forçado, podem levar à depressão, ansiedade e suicídio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pais que trabalham em casa e não conseguem dar apoio aos filhos;</li> <li>-Pais que trabalham fora de casa, encerramento de creches e escolas e também falta de apoio familiar, acabam por ter que deixar as crianças sozinhas em casa;</li> <li>-Crianças que sentem que é benéfico ficar em casa, pois estão num ambiente de maior conforto, com todo o apoio que necessitam e protegidas de situações como bullying;</li> <li>-Crianças que sentem que a escola é o seu lugar de segurança e que durante o encerramento das mesmas, estão abruptamente mais expostas a situações desagradáveis;</li> <li>-Crianças que vêm a sua aprendizagem comprometida, por falta de recursos como computador e internet;</li> <li>-Sedentarismo, uma alimentação inadequada, contribuem negativamente para os resultados da aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acesso à internet deve ser monitorizado, evitando dessa forma a exposição das crianças, bem como o acesso a informações impróprias para a idade;</li> <li>-A maior utilização da internet devido às aulas online, veio constatar-se como um risco, com o aumento exponencial na publicação de imagens e vídeos de cariz sexual, com crianças em todo o mundo.</li> </ul>

**Conclusão:** O estudo do impacto da pandemia COVID-19 nas crianças e nos adolescentes contribui para o estabelecimento de estratégias e políticas de saúde, com vista à melhoria da qualidade de vida destes grupos em específico e, assim, obter ganhos em saúde. Os profissionais de saúde desempenham uma ação preponderante através da promoção e prevenção da saúde, em particular nos cuidados de saúde primários, adequando a sua intervenção de acordo com as faixas etárias.

Elaborado no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Lisboa. Autoria(s): Cristina Belourico [Enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – Barreiro [crisbelourico@hotmail.com]]; Marisa Fernandes (Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados Integrados Almada-Saúde [fernadesmarisa@gmail.com]); Beatriz Tiago [Enfermeira no Hospital Curry Cabral - Serviço de Ortopedia [beatrizmtiago@gmail.com]]; Ana Patrício [Enfermeira na UCCI-UCP Francisco Marques Estaca Júnior [anamedeirospatrick@gmail.com]]; Cândida Ferrito [Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem da UCP]

**Referências Bibliográficas:** Aquino, E. M. L., Silveira, I. H., Pescarini, J. M., Aquino, R., & de Souza-Filho, J. A. (2020). Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: Potential impacts and challenges in Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25, 2423–2446. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320202156.1.10502020>; Fonseca F. F., Sena, K. R. R., Santos R. L. A., Dias, O. V., Costa, M. C. (2013). As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev. paul. pediatr.* 31 (2). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>; Linhares, M. B. M., & Enumo, S. R. F. (2020). Reflections based on psychology about the effect of COVID-19 pandemic on child development. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–13. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-02752020037E200089>; Nehab, M. F. (2020). Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. *Psicruz*, 53(9), 70. Disponível em [http://www.lff.fiocruz.br/pdf/covid19\\_saude\\_crianca\\_adolescente.pdf](http://www.lff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf); The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Edition/Supplement. Australia: The Joanna Briggs Institute, 2015; WHO (OMS), 2020. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 5*. Disponível em [https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)

# Anexos

**Anexo I** – Desenho do Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990) - adaptado de Imperatori e Giraldes,1993

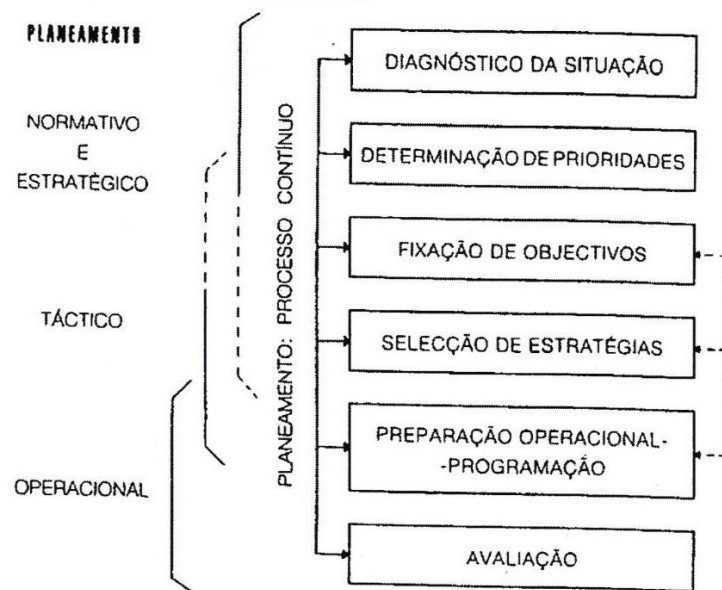


FIG. 4 - ETAPAS NO PROCESSO DE PLANEAMENTO DA SAÚDE  
 (Extraído e modificado de Imperatori e Giraldes, 1982)