



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

A solidão no idoso institucionalizado em Estruturas Residenciais Para Idosos

Um contributo para a reconfiguração do envelhecimento saudável.

Sandrine Silva Vieira



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sandrine Silva Vieira

Relatório Final do Estágio de Natureza Profissional

**A SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM
ESTRUTURAS RESIDÊNCIAIS PARA IDOSOS
Um contributo para a reconfiguração do envelhecimento
saudável**

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Carminda Morais

Novembro de 2022

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste mestrado pautou-se pela persistência e trabalho árduo, num processo de avanços e retrocessos, que apenas foi possível graças à colaboração, auxílio, carinho e dedicação por parte de várias pessoas ao longo de todo este percurso formativo, sendo por essa razão, imprescindível para mim, aproveitar esta oportunidade, para agradecer a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu sucesso e a minha chegada até aqui.

Agradeço aos meus pais, por todo apoio e dedicação incondicional, não só durante esta etapa académica, mas ao longo de toda a minha vida. Devo-lhes tudo que tenho e tudo que sou, com o maior dos orgulhos.

Agradeço ao meu marido, pela perseverança e pela motivação, pelo carinho e pelo seu amor. Devo-lhe muitas horas de atenção tiradas para a construção deste projeto.

Agradeço à minha amiga Ana Rita Ribeiro, pela paciência, pela ajuda incondicional, pela orientação e pelos muitos serões que passamos juntas na concretização deste percurso. Foram imensas horas de crescimento profissional e pessoal, que para além de nos unir ainda mais, me trouxeram tanta alegria nos momentos em que ambas precisávamos dela. Devo-lhe muito mais do que alguma vez lhe poderei pagar em toda a nossa amizade.

Agradeço à minha orientadora Professora Carminda Morais, pela paciência, pelo esforço, pela ajuda e pela incansável orientação formativa. Devo-lhe muitas horas de descanso. Agradeço ainda à Professora Isabel Amorim pelas orientações, bons conselhos e excelente parceria neste projeto.

Agradeço à enfermeira orientadora, Enfermeira Rosa Zambrano, pelas horas dedicadas, pela orientação, pela cooperação e por todo o esforço profissional que tornou possível a concretização deste estágio. Devo-lhe muitos “obrigado”.

Agradeço a todas as minhas colegas de curso, em especial às que realizaram os estágios nos mesmos campos que eu, pelas gargalhadas, pela partilha nos bons e maus momentos, pelos longos serões em zoom na elaboração dos trabalhos, mas essencialmente pelo companheirismo e motivação, que tornaram mais leve estas etapas de tamanha exigência e dedicação. Devo-lhes muitos cafés, jantares e “obrigado por estarem lá”.

PENSAMENTO

**“Quebrou-se o convívio entre os velhos e a sociedade
e esse convívio tem de existir porque quanto
menos a gente vir os nossos velhos,
menos nos lembramos deles.”**

(Carmen Garcia, 2022, p. 12)

RESUMO

Este relatório reflete o percurso e a aquisição de conhecimentos, habilidades e competências durante os estágios integrados no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, ou seja, de nível de 2º ciclo de formação e, se constituem, concomitantemente, as condições para atribuição do título profissional de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, pela Ordem dos Enfermeiros dando-se primazia ao Estágio Final de Natureza Profissional (ENP). Assim, no âmbito deste estágio, tomando como referência o enfoque institucional estratégico para a melhoria das práticas baseadas na evidência, a saúde das pessoas idosas institucionalizadas em Estruturas Residenciais (ERPIS), explorada sob diferentes perspetivas, consubstanciou a grande prioridade de intervenção, designadamente do grupo de mestrandas deste curso. Neste contexto, desenvolveu-se um estudo com o objetivo de avaliar o nível de solidão das pessoas idosas e suas determinantes, encontrando-se o mesmo, inserido num projeto de investigação que inclui ainda, a ansiedade, a saúde mental positiva e a qualidade de vida. O presente estudo tem carácter quantitativo, observacional, transversal e analítico-correlacional. Das 22 ERPIS participaram pessoas idosas de 20 estruturas. Na recolha da informação utilizaram-se dois instrumentos: um questionário sociodemográfico e clínico elaborado pela equipa do projeto de investigação; a Escala da Solidão UCLA, originalmente criado e validado por Ferguson, Russell e Peplau (1978), com tradução portuguesa de Félix Neto (1989). Foram inquiridas 181 pessoas idosas ($n=181$), maioritariamente mulheres (72,4%), solteiras (22,7 %), com o 1º ciclo de escolaridade (63,9%) e 26,5% analfabetas, com uma média de 4,6 anos de institucionalização. No que se refere à solidão, a UCLA registou uma boa consistência interna ($\alpha_c=0.898$), tendo-se verificado 18,8% num estado de maior solidão. Verificaram-se relações estatísticas significativas entre a solidão e a participação nas atividades da instituição ($t=-2.184$; $p=0.030$), receberem visitas ($t=-2.752$; $p=0.007$), escolherem a institucionalização ($t= -2.948$; $p= 0.004$). A evidência produzida é fundamental para a melhoria dos cuidados prestados às pessoas idosas bem como para a (co)construção de projetos promotores da inclusão e participação dos idosos na vida das organizações e das comunidades, tornando-os atores principais do seu próprio projeto de saúde. Dito de outro modo, o experienciado neste estágio e no anterior, permitiram desenvolver um conjunto de competências transversais ao 2º ciclo de formação em Enfermagem (Investigação, Gestão, Ética e Enfermagem) e as competências específicas á Enfermagem comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública; Solidão; Promoção da saúde; Envelhecimento Saudável; Idosos Institucionalizados.

ABSTRACT

This report reflects the path and acquisition of knowledge, skills and competences during the internships integrated in the Master's Course in Community Nursing, that is, at the level of the 2nd training cycle and, if they constitute, concomitantly, the conditions for attributing the professional title of Specialist Nurse in Community Nursing, by the Order of Nurses, giving priority to the Final Internship of Professional Nature (ENP). Thus, within the scope of this internship, taking as a reference the strategic institutional focus for the improvement of evidence-based practices, the health of institutionalized elderly people in Residential Structures (ERPIS), explored from different perspectives, embodied the great priority of intervention, namely the group of master's students in this course. In this context, a study was carried out with the objective of evaluating the level of loneliness of elderly people and its determinants, being part of a research project that also includes anxiety, positive mental health and quality of life. The present study is quantitative, observational, cross-sectional and analytical- correlational . Of the 22 ERPIS, elderly people from 20 structures participated. In collecting information, two instruments were used: a sociodemographic and clinical questionnaire prepared by the research project team; the UCLA Loneliness Scale, originally created and validated by Ferguson, Russell and Peplau (1978) , with Portuguese translation by Félix Neto (1989). 181 elderly people ($n = 181$) were surveyed , mostly women (72.4%), single (22.7%), with the 1st cycle of schooling (63.9%) and 26.5% illiterate, with an average of 4.6 years of experience. institutionalization. With regard to loneliness, UCLA recorded good internal consistency ($\alpha_C = 0.898$), with 18.8% in a state of greater loneliness. There were significant statistical relationships between loneliness and participation in institution activities ($t = -2,184$; $p = 0.030$), receiving visits ($t = -2,752$; $p = 0.007$), choosing institutionalization ($t = -2,948$; $p = 0.004$). The evidence produced is fundamental for improving the care provided to the elderly as well as for the (co)construction of projects that promote the inclusion and participation of the elderly in the life of organizations and communities, making them the main actors of their own health project . In other words, what was experienced in this internship and in the previous one, allowed the development of a set of transversal competences to the 2nd cycle of nursing training (Research, Management, Ethics and Nursing) and specific competences to Community and Public Health Nursing.

Keywords: Community and Public Health Nursing; Loneliness; Health promotion; Healthy Aging; Institutionalized Elderly.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

BICSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ERPI – Estruturas Residências Para Idosos

INSDRJ - Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OM – Observatório das Migrações

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RENP – Relatório de Estágio de Natureza Profissional

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
SUMÁRIO	VII
ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	IX
INTRODUÇÃO	0
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	5
2. IDOSOS INSTITUCIONALIZADO EM ERPI: A EMERGÊNCIA DE UMA PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA	9
3. A SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM ERPI: UM CONTRIBUTO PARA A RECONFIGURAÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL	12
3.1 - Construção teórica do objeto de estudo	15
3.1.1. Solidão e a Pessoa Idosa.....	15
3.1.2 Envelhecimento e Envelhecimento Ativo.....	18
3.1.3 O Idoso e as Estruturas Residenciais para Idosos	21
3.1.4 Pertinência do estudo.....	23
3.2 - Metodologia	26
3.2.1 - Questão de investigação, finalidade e objetivos	26
3.2.2 - Tipo de estudo.....	27
3.2.3 - População e amostra	27
3.2.4 - Variáveis e sua operacionalização	28
3.2.5 - Instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento de dados.....	29
3.2.6 - Procedimentos éticos	32
3.3 - APRESENTAÇÃO de resultados	33
3.3.1 - Caracterização da amostra:	34
3.3.2 – Propriedades Psicométricas dos Instrumentos no Estudo.....	39
3.3.3 - Apresentação dos resultados da solidão	39
3.4 - Análise e discussão dos resultados.....	45
3.5 - Contributos para a prática clínica, limitações e sugestões	48
3.6 - CONCLUSÃO	50
4 - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	52
4.1 Processo Formativo Académico e Contexto da Prática Clínica.....	53
4.2 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	54

4.3 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	59
5 - CONCLUSÃO GERAL	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	93
ANEXO 1 - Escala da Solidão da UCLA.....	94
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE DO IPVC	95
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DAS ERPI PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO	97
APÊNDICES	101
Apêndice 1 – Questionário de caracterização sociodemográfica	102
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Informado	106
APÊNDICE 3 – Lista de profissões que exercício	108
APÊNDICE 4 – Lista de doenças em resposta à questão “Se SIM, qual(ais)?”	109
APÊNDICE 5 – Lista de antecedentes	111

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Tabelas

1 - Operacionalização das variáveis.....	pág. 28
2 - Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa...	pág. 35
3 - Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da Escala de Solidão (UCLA).....	pág. 40
4 - Frequência absoluta e relativa de sujeitos em situação de “satisfação social” e “solidão”.....	pág. 41
5 - Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.....	pág. 41
6 - Comparação entre a média da solidão (Escala UCLA) e variáveis socioinstitucionais e clínicas, desvio padrão, test T <i>Student</i> e valor <i>p</i>	pág. 42
7 - Comparação entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).....	pág. 43
8 - Comparação entre diferentes níveis de mobilidade dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).....	pág. 43
9 - Comparação entre a percepção de saúde dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).....	pág. 44
10 - Matriz de correlações entre a pontuação total da Escala de Solidão (UCLA) com variáveis nominais dicotômicas, ordinais e quantitativas.....	pág. 44

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, a enfermagem tem vindo a construir a sua identidade e corpo de conhecimento baseando-se no caminho da ciência empírica e analítica, dando-lhe o *status* de disciplina, direcionada ao cuidar (Almeida et al., 2009). Este é a essência e o foco de enfermagem, como disciplina e como profissão, sendo neste campo que ela se distingue de todas as outras profissões (Leininger, 1991; Silva & Braga, 2011).

Nesta visão, o enfermeiro tem um papel vital nos sistemas de saúde e na prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). A enfermagem sofreu uma evolução notável, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, sendo inevitável reconhecer a valorização do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, conseqüentemente na qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (Decreto de Lei 161/96, 1996).

Para fazer face às constantes exigências técnicas e científicas, que os cuidados de saúde hoje reivindicam, torna-se impreterível para os profissionais de saúde apostarem na diferenciação e na especialização, das suas respetivas áreas de conhecimento (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Desta forma, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, integrando os vários domínios de competências, que se baseiam na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (ibidem).

Apesar de todos os enfermeiros especialistas partilharem domínios de competências comuns, existem competências específicas direcionadas a cada área de especialidade, na procura de respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde do campo de intervenção definido para cada especialidade (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O EEEEC centra a sua ação, numa prática global focada na comunidade, num processo de capacitação das mesmas, de acordo com as suas competências, procurando proporcionar, com as suas intervenções, ganhos efetivos em saúde. Este, presta cuidados de enfermagem de qualidade adquiridos através de uma formação contínua, e de uma constante renovação e atualização de conhecimentos, comprometendo-se e responsabilizando-se pelo desenvolvimento das suas competências (ibidem).

Este EEEEC, na área da enfermagem de saúde comunitária, reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, e comunidade, estabelece diagnósticos

de situação, prioridades e estratégias, e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos (Regulamento nº 348/2015, 2015), evidencia-se, assim, como um agente ativo na promoção da saúde, tanto através do processo, como dos resultados, contribuindo, para a robustez dos sistemas político-sociais, da sua operacionalização em termos de melhoria dos processos de saúde das populações, bem como do exercício da cidadania em saúde (Melo, 2018).

Deste modo, através do percurso académico, culminando com o Estágio de Natureza Profissional (ENP), pretende-se que o enfermeiro adquira competências de nível de 2º ciclo de formação, nos termos propostos nos descritores de Bolonha e simultaneamente, compreenda, observe e perceciona a dinâmica das atividades, responsabilidades e competências do Enfermeiro Especialista em Comunitária, assumindo uma prática profissional, ética e legal, na área da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem de Saúde Comunitária, regendo-se pelas normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, assegurando assim, a prática de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 428/2018, 16 de junho).

Um dos temas que o EEEEC se depara neste momento, atendendo sempre às atuais preocupações, nacionais e mundiais, é o envelhecimento populacional, mais propriamente associado ao aumento do número de idosos, consequência, de entre outros fatores, do aumento da esperança média de vida. Compete-lhe assim, desenvolver estudos dentro desta temática, que baseados em evidência científica, que contribuam para projetos político-sociais que realcem a importância de investir num envelhecimento ativo que dê resposta às exigências sociais e económicas que esta situação trará no futuro (Erdman et al., 2007; Portugal, 2021^a). O aumento da longevidade conduz ao aumento da representatividade das pessoas mais idosas e ao aparecimento de uma série de inquietações em relação à forma como as sociedades lidam e lidarão com esta realidade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). Numa sociedade com menos tempo para si própria, as responsabilidades de cuidar da pessoa idosa, transferem-se cada vez mais, da família para as ERPI (Almeida, 2008), sendo papel do EEEEC, na área da Saúde Pública, compreender se estas instituições se encontram preparadas para dar repostas às necessidades desta população (Losada, 2020). Após uma revisão bibliográfica e em conformidade com as necessidades da USP onde realizado o estágio, e ainda em linha com o Plano Nacional de Saúde (PNS), foi elaborado um projeto, entre

os diferentes mestrados, direcionado a avaliar o estado de saúde dos idosos institucionalizados em ERPI, que avaliassem várias vertentes da saúde destes, tal como a solidão, a qualidade de vida, a ansiedade e a saúde mental positiva, culminando numa caracterização mais abrangente desta população.

Ao longo deste relatório, será explicitada a forma e nível a que foram adquiridas as competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, publicadas no Regulamento acima citadas, assim como a realização e atingimento dos objetivos exigidos pela unidade curricular para aquisição do grau de Mestre, segundo documento interno do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, ano letivo 2022-2023, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo¹.

Assim, tendo por base estes pressupostos, o presente documento encontra-se dividido nos seguintes pontos: num primeiro momento procede-se à caracterização sumária do contexto da prática clínica, onde se pretende descrever de forma sucinta o local de ENP, assim como uma breve reflexão de todo o contributo do percurso académico para este momento; passa-se, de seguida, à apresentação da problemática de investigação central a este estágio, que teve como finalidade contribuir para a prestação de cuidados mais eficazes, a partir das vozes de pessoas idosas institucionalizadas nas Estruturas Residenciais Para Idosos da área de abrangência do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado III – Barcelos/Esposende, abordando a metodologia, ao resultados e principais conclusões; na sequência, procede-se a uma reflexão e análise crítica sobre o processo formativo e desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitário onde serão abordadas as competências adquiridas ao longo do estágio, terminando com uma conclusão geral.

Espera-se assim com este relatório, destacar a importância da aquisição do grau de mestre e de uma área de especialidade por parte do enfermeiro, como um investimento crescente que possibilitará a este evoluir como profissional e como ser humano, contribuindo para uma visão mais abrangente do indivíduo e da comunidade,

¹ Regulamento de Estágio de Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, ano letivo 2022-2023, que pode ser consultado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

como seres únicos e complexos, capazes de se auto-organizar e projetarem-se como autores do seu processo de saúde/doença. Assim o enfermeiro comunitário investe em atitudes pró-ativas capazes de promover e emancipar os indivíduos e as comunidades como protagonistas da sua própria história (Büsher et al., 2012).

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Este Relatório de Estágio de Natureza Profissional (RENPF), surge no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola de Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e pretende espelhar, de forma crítica e reflexiva, as competências adquiridas em enfermagem comunitária, na área da enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, ao longo do ENP em resultado das atividades realizadas e das experiências vividas. Desta forma conforma-se também como um espaço/tempo de reflexão sobre o percurso académico.

Este estágio decorreu entre 02 de março de 2022 e 31 de agosto de 2022, na Unidade de Saúde Pública (USP) do ACeS do Cávado III Barcelos/Esposende, com a tutoria da Mestre, Rosa Zambrano e a orientação da PhD Professora Carminda Morais, ambas habilitadas com o título profissional de Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária.

Barcelos é considerado o maior concelho do distrito de Braga com 61 freguesias, encontrando-se inserido na região Norte da Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) II e na sub-região do Cávado, NUTS III, e apresenta uma população residente de 116777 inscritos (Base de dados Portugal contemporâneo – [PORDATA], 2021). Comparativamente o concelho de Esposende, regionalmente inserido nas mesmas categorias do concelho de Barcelos, ou seja, NUTS II e NUTS III, apresenta 35145 residentes distribuídos por 9 freguesias (PORDATA, 2021). Contrariamente ao concelho de Barcelos, Esposende é o segundo concelho mais pequeno do distrito de Braga (ibidem).

O ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende é constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende, e consta com 161262 utentes inscritos. Neste ACeS, a esperança de vida à nascença (81,4 anos) tem aumentado em ambos os sexos, sendo superior à da região Norte (81) e à do Continente (80,8). A taxa de natalidade é de 7,5 nados vivos por 1000 habitantes, em 2015, é igual à observada na região Norte e inferior no Continente. A taxa de analfabetismo diminuiu de 26,9% em 2001 para 0,7% em 2011, sendo em 2011 inferior à da região Norte (0,9%) e do Continente (1,0%), em todos os concelhos. O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e o poder de compra “per capita” são inferiores aos da região Norte e aos do Continente, em todos os concelhos (Administração Regional de Saúde do Norte [ARSN], 2016).

O índice de envelhecimento aumentou significativamente nos últimos anos, tendo a percentagem de indivíduos em idade ativa por idoso, diminuído. O índice de

dependência total é de 46,67%, sendo 28,81% idosos, tendo aumentado em relação a 2015, que era de e 22,7% (PORDATA, 2021).

Este ACeS possui várias unidades funcionais, sendo elas, a Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recurso Assistencial Partilhado (URAP) (Portugal, 2022). Cada unidade é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, atuando em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS (Decreto-Lei n.º 28/2008).

A equipa da USP é constituída por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública/saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, podendo integrar outros profissionais, considerados necessários na área da saúde pública, nomeadamente os que garantem o apoio administrativo. Esta, organiza-se por áreas funcionais e cada uma é coordenada por profissionais que integram a unidade, designado responsável, ao qual cabe apoiar, monitorizar e harmonizar o desenvolvimento das atividades que integram cada área funcional. São estas: Área do Planeamento e Administração em Saúde; Área da Promoção e Proteção da Saúde; Área da Vigilância Epidemiológica e Área da Saúde Ambiental. Dentro destas áreas funcionais encontram-se vários programas, tal como o Programa de Vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social, onde se enquadram as ERPI².

Esta USP, tem como missão 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 assim, de um modo direto, para cumprimento da missão do ACeS em que se integra. Esta, procura ainda como visão, ser reconhecida pela excelência dos serviços prestados, adequados às características da população, próxima dos cidadãos, promovendo a satisfação destes e dos seus profissionais, apostando na melhoria contínua da qualidade e envolvendo o cidadão/comunidade como agentes centrais de mudança (Portugal, 2022). Para isso, assenta-se nos seguintes valores: equidade e garantia de acessibilidade à população; garantia de qualidade nos serviços prestados ao cidadão e à população; sentido de responsabilidade e respeito pelo trabalho dos diversos

² Plano de Atividades de Unidade de Saúde Pública Barcelos e Esposende 2019-2021, disponível para consulta na referida unidade

profissionais, no cumprimento dos respectivos códigos deontológicos; dever de cooperação entre profissionais e instituições; solidariedade e trabalho de equipa (ibidem).

Dado que os estágios deste percurso académico, foram realizados neste mesmo ACeS, na UCC e USP, a integração nas várias unidades, assim como o reconhecimento da própria comunidade foi amplamente facilitador.

No decorrer deste processo formativo, partindo-se dos objetivos académicos, procurou-se, ainda, ir de encontro à missão definida por este ACeS, e assumir o voto de compromisso dos cuidados de saúde primários, em almejar uma sociedade com mais justiça e equidade social, reconhecendo estes valores como um direito fundamental na aquisição do nível mais elevado possível de saúde, conforme articulado na Declaração Universal dos Direitos do Homem (World Health Organization [WHO], 2021a). Para isso, é fundamental vivenciar o contexto de trabalho onde o EEEEC presta os seus cuidados e desempenha o seu relevante papel na obtenção de resultados positivos para o indivíduo, para a comunidade, para os próprios enfermeiros e respetivas equipas (Nascimento et al., 2020).

O ambiente de prática de enfermagem é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (ibidem) e está relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem, com a satisfação profissional, com a segurança do cliente e com a efetividade dos cuidados para os clientes e para a eficiência das organizações (Nascimento et al., 2020; Anunciada, 2021). Este conceito define-se como uma característica organizacional de um contexto de trabalho, que facilita e contribui para positivamente para prática profissional dos enfermeiros, traduzindo-se numa melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem (ibidem).

Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários (ECSP), devem investir na especialização das suas competências, a fim de adequar os cuidados de enfermagem às necessidades e potencialidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

**2. IDOSOS INSTITUCIONALIZADO EM ERPI: A EMERGÊNCIA DE UMA
PROBLEMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA**

É através da investigação científica, que se adquirem conhecimentos científicos, de carácter objetivo, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis, promovendo o pensamento crítico, a análise, a correção de erros e a discussão (Vilelas, 2020, p.41). Esta tem um papel fundamental na enfermagem, como ferramenta para a produção e renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, contribuindo para uma prática baseada na evidência, aspirando à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e otimização dos resultados em saúde. (OE, 2006). A Investigação em Enfermagem é fundamental para a excelência desta, enquanto disciplina e profissão, num contributo essencial para o desenvolvimento, avaliação e expansão do seu conhecimento, bem como para a melhoria da saúde das comunidades (ibidem).

Assim, compete ao EEEEC, na área da enfermagem comunitária e saúde pública, identificar e priorizar necessidades de saúde, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliando o estado de saúde da comunidade, concessionando, um diagnóstico de situação, com base em evidência científica, que através do processo de investigação, procure respostas humanas aos processos da vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e populações, através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista a capacitação e *empowerment* das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva ao exercício da cidadania (Regulamento nº 428/2018). Desta forma, este estudo surge como uma resposta a uma necessidade identificada pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) (Portugal, 2021a) em linha com os indicadores do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP) (Portugal, 2022). O PNS revelou um aumento do índice de envelhecimento em Portugal, sendo que, por cada 100 jovens (menores de 15 anos), em 2011, residiam em Portugal 127,6 idosos, e em 2019 residiam 163,2 idosos, e refere ainda que as regiões onde este índice mais aumentou, no período considerado, foram a Região Autónoma dos Açores (48,9 %) e a região Norte (45,2 %) (Portugal, 2021a), tendo também aumentado o índice de dependência dos idosos. O BICSP da USP do ACeS Cávado III - Barcelos/Esposende, revela ainda, uma pirâmide etária de utentes com maior densidade nas idades superiores aos 49 anos de idade, com um índice de dependência de 46,67% sendo 28,81% idosos.

Assim, complementando com os dados do Eurostat (2021) que revelam um aumento de pessoas reformadas, com tendência crescente, é importante estudar estes idosos, e que estratégias podem contribuir para um envelhecimento ativo e saudável, visando estratégias políticas e económicas que promovam a dignidade da vida humana e a sustentabilidade económica do nosso país (OMS, 2015). É imperioso terminar o estigma

da longevidade como uma catástrofe demográfica. É preciso assumir claramente que viver sozinho não é sinónimo de sentir-se só e que viver mais anos é uma manifestação de progresso conjunto, evoluindo a refletir em estratégias para lidar com a mesma, trabalhando os recursos pessoais e internos, e encontrar meios de coproduzir recursos coletivos adequados para sociedades longevas (Losada, 2020; WHO, 2021).

No domínio público, a solidão surge frequentemente associada ao isolamento social, como se se tratasse do mesmo fenómeno, no entanto, a investigação sugere, que apesar de apresentarem características semelhantes, a solidão e o isolamento não são experiências, nem fenómenos idênticos, merecendo a atenção, o reconhecimento da sua especificidade e o envolvimento das unidades de saúde assim como de todos os profissionais desta área (ibidem), em especial dos EEEC na área da saúde comunitária e de saúde pública, pelo seu compromisso e responsabilidade na orientação e a vigilância do estado de saúde das suas comunidades.

**3. A SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO EM ERPI: UM
CONTRIBUTO PARA A RECONFIGURAÇÃO DO ENVELHECIMENTO
SAUDÁVEL**

A OMS tem vindo a alertar para o envelhecimento populacional como uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais em todos os setores da sociedade (Organização Nações Unidas [ONU], s.d.; OMS, 2015). Segundo dados europeus, divulgados no Eurostat (2021) o número de pessoas ativas encontra-se em declínio, em revés do número de pessoas reformadas, que aumentou consideravelmente, prevendo que a proporção de idosos na população total, aumentará significativamente ao longo das próximas décadas.

Não obstante este cenário, Portugal tem registado na última década, um aumento do índice de envelhecimento, com tendência a agravar-se nos próximos anos (Observatório das Migrações [OM], 2017). Na tentativa antecipada de dar resposta aos fenómenos que advêm deste envelhecimento populacional, os Estados-Membros da Comissão Económica da Região Europeia das Nações Unidas, aprovaram a Declaração de Lisboa, delineando estratégias para os próximos cinco anos, com o intuito de promover o envelhecimento ativo (Portugal, 2017).

Tendo em conta estes dados, e em linha com o PNS, traçou-se como meta, aumentar a esperança média de vida saudável, para a população igual, ou superior, a 65 anos de idade, criando programas que se foquem neste grupo etário, na procura de melhorar as variantes relacionadas com a incapacidade (Portugal, 2021a). Promover um envelhecimento com saúde e independência, deve ser encarado como um objetivo e uma oportunidade, de forma a torná-la uma experiência positiva, investindo no potencial humano, alvejando o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida (Quintela, 2021).

O ser humano, por natureza, carece de relações sociais positivas, estando comprovado que estas contribuem para uma vida mais longa e saudável (Luo et al., 2012). Num estudo divulgado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), revelou que cerca de 91% dos idosos seguidos nos cuidados de saúde primários sentem algum grau de solidão, interferindo com os cuidados de saúde, devendo assim ser considerada uma determinante de saúde. Faz ainda um apelo à importância de criar estratégias para redução da solidão entre os idosos, como forma de melhorar os indicadores individuais de saúde e diminuir o risco de sobrediagnóstico e de polimedicação (Portugal, 2019).

As instituições de saúde, com idosos institucionalizados, são um parceiro importante, mas subutilizado, na identificação da solidão e na prevenção de condições médicas associadas a esta (National Academies of Science, 2020).

O envelhecimento da sociedade, combinado com as crescentes necessidades e exigências dos cuidados de longa duração e apoio social que estes exigem, reclamam um maior destaque por parte dos sistemas de saúde (Rudawska, 2013). Importa garantir respostas adequadas às necessidades físicas, mentais e emocionais dos idosos por parte das organizações e estruturas residenciais (Almomani, 2014), assumindo-se que o declínio emocional pode levar ao aparecimento de várias patologias e um decrescer acentuado da qualidade de vida (WHO, 2021b).

Assentes numa lógica de metodologia de projeto, assumindo a saúde das pessoas idosas em ERPI, como uma das prioridades do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, e, por conseguinte, alvo do estudo em diferentes perspetivas que permitam à postiori sustentar uma intervenção multifatorial integrada, como anteriormente foi referido, o presente estudo pretendeu identificar o nível de solidão destas pessoas. Procurou-se, assim, contribuir para possíveis mudanças na formulação de políticas em saúde e melhorando a prestação de serviços direcionados à população idosa.

Para o efeito, foi utilizada uma abordagem quantitativa, numa perspetiva observacional, transversal e analítico-correlacional onde foram avaliados os níveis de solidão do idoso, e estabelecidas as associações entre estes e as variáveis sociodemográficas clínicas. A população em estudo é constituída pelos idosos institucionalizados nas ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, com idade igual, ou superior, a 65 anos de idade. Tomando como centro as pessoas idosas, com a orientação e ajuda do enfermeiro responsável de cada instituição, foi aplicado um questionário sociodemográfico, a escala *Mini Mental Escala Examination*, apenas para concretização da amostra, como ferramenta de critério de inclusão e exclusão, a escala de Katz, para avaliação do grau de dependência do entrevistado, utilizado pelas próprias instituições, e a escala da solidão-UCLA (*UCLA-Loneliness*), ressaltando que todas as escalas utilizadas se encontram validadas para a população portuguesa.

Perceber o nível de solidão dos idosos institucionalizados, permitiu contribuir para a identificação de necessidades sentidas e expressas pela pluralidade de vozes das pessoas idosas, permitindo no futuro, delinear intervenções em proximidade com estes, visando prevenir a doença e obter uma melhor qualidade de vida.

Deste modo, em termos de estrutura, apresenta-se de seguida o enquadramento teórico do estudo, a metodologia, seguindo-se a apresentação dos resultados, a

análise e discussão dos resultados, contributos para a prática clínica de enfermagem e conclusão.

3.1 - CONSTRUÇÃO TEÓRICA DO OBJETO DE ESTUDO

É certo que a solidão faz parte da história da humanidade, no entanto, nos tempos mais atuais, esta tem vindo a afirmar-se como um dos desafios sociais e de saúde, de importância crescente para as sociedades ocidentais neste século XXI (WHO, 2015; Losada et al., 2020). O aumento da esperança de vida, os novos modelos de convivência, as formas diferentes de gerir o tempo e a alteração dos modelos familiares e sociais oferecem-nos uma realidade cada vez mais complexa, da qual emergem novos desafios, entre eles, a solidão (ibidem).

No processo de envelhecimento, sobretudo em idades mais avançadas, ocorrem mudanças cujos impactos podem desencadear sentimentos de solidão: mudanças nos papéis sociais, na mobilidade ou noutros aspetos das capacidades funcionais, nas relações ou nas condições de vida (Losada et al., 2020; WHO, 2021b; Chruściel & Dobrowolska, 2020).

Tendo em conta o aumento populacional envelhecido, a procura de respostas ao alojamento coletivo, tal como as ERPI, tem vindo a aumentar significativamente, refletindo o envelhecimento acelerado da população portuguesa e um aumento significativo das pessoas com necessidades físicas, mentais e patológicas, que inevitavelmente, necessitam deste tipo de instituições para obter os seus cuidados (Gil, 2020).

3.1.1. Solidão e a Pessoa Idosa

A solidão tornou-se um dos desafios sociais e de saúde com crescente importância nas sociedades dos tempos atuais e futuros. O aumento da esperança de vida, os novos modelos de convivência, as formas diferentes de gerir o tempo e a alteração dos modelos familiares e sociais oferecem uma realidade cada vez mais complexa, da qual emergem novos desafios, entre eles, a solidão (Losada et al., 2020; WHO, 2021b). Esta, caracteriza-se como um fenómeno de grande difusão e reconhecida relevância social, com interesse expresso em vários estudos, desde 1970 (Tamayo & Pinheiro, 1984).

Enquanto problemática emergente que não podia de todo ser ignorada, a solidão entrou na agenda científica das ciências psicossociais e da saúde.

Na tentativa de encontrar um conceito consistente, Tamayo e Pinheiro (1970), exploraram múltiplos conceitos de solidão de diferentes autores conceituados e caracterizaram-na com base em seis dimensões: falta de objetivo e significado de vida; uma reação emocional; sentimento indesejado e desagradável; sentimento de isolamento e separação; deficiência nos relacionamentos e carência de intimidade; e *unattachment*. No final, chegaram a consenso que esta poderia ser definida como uma reação emocional de insatisfação, decorrente da falta e/ou deficiência de relacionamentos pessoais significativos, a qual inclui algum tipo de isolamento (ibidem).

Nos tempos mais recentes, as conclusões reforçam as concetualizações, entendendo-se a solidão de diferentes perspetivas, tais como: sentimento de isolamento, vazio ou abandono; ausência de relações de proximidade; discrepância cognitiva entre as relações que o indivíduo espera ter e as que efetivamente tem; consequência de um conjunto de emoções negativas (tal como a vergonha, frustração, desespero) e falta de vínculos comunitários. Assim, a solidão poderá ser definida como um fenómeno intrinsecamente humano, complexo, paradoxal e não exclusivamente relacional, que cada um vive e sente à sua maneira, geralmente associado a um sentimento de carácter negativo, influenciado pela relação que se tem com outros indivíduos, mas também consigo próprio (Losada et al., 2020).

São múltiplos os fatores que podem influenciar a solidão, interferindo na forma como esta é vivenciada por cada indivíduo, sendo eles os fatores intrapessoais (personalidade e características cognitivas) e fatores extrapessoais (eventos de vida pessoal e social, fatores socioeconómicos, fatores ambientais e culturais, e estilos de vida). É importante referir que a solidão, é vista em sentidos opostos por quem dela sofre e por quem não a experimenta, podendo levar a um estigma social. Os indivíduos que não sentem solidão opinam que a culpa desta, é do próprio indivíduo solitário, sendo causada, por exemplo, por possuir uma personalidade crítica, pela sua atitude passiva e negativa, numa atribuição causal interna, sendo que as pessoas que referem sentir solidão, consideram geralmente que resulta mais de fatores externos, como por exemplo, a falta de oportunidades para manter o contacto social com pessoas relevantes (Donio Bellegarde, 2017, citado por Losada, 2020).

A solidão pode surgir em diferentes faixas etárias e em qualquer momento do ciclo da vida, sendo que a literatura científica enfatiza que os momentos de maior

vulnerabilidade são os que mais propiciam a solidão. Por esse motivo, pessoas mais suscetíveis de sofrer da mesma, são as expostas a acontecimentos críticos que geram mudanças substanciais nas suas relações sociais (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Victor e Yang, 2012).

A literatura científica sobre a solidão relaciona muitas vezes esta com o isolamento social, no entanto é importante compreender que apesar de se encontrarem interrelacionados, não se aludem ao mesmo (López Doblas & Díaz, 2018). Um indivíduo pode viver sozinho, e não sentir necessariamente o sentimento de solidão, dependendo da forma como este a percebe, embora, em muitos casos, possa ser um fator desencadeante (Victor et al., 2000, citado por Losada, 2020). Assim a solidão encontra-se mais dependente do tipo de relações sociais que o indivíduo possui, e não do contexto de viver só (Losada, 2020; Portugal, 2022b).

Preocupantemente, estudos sugerem que a solidão e o isolamento social contribuem para o aumento da morbidade e da mortalidade, estando ainda associados ao aparecimento de doenças cardiovasculares, tal como o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, sublinhando, que apesar da maioria dos riscos ser atribuível aos fatores de risco habituais dessas doenças, em termos estatísticos, o efeito de fatores sociais como a solidão e o isolamento social não são negligenciáveis (Smith et al., 2021). Existem ainda estudos que revelam que tanto o isolamento social como a solidão, estão relacionados com uma maior prevalência do diagnóstico de depressão e demência, considerada uma importante síndrome geriátrica (Elovainio et al., 2022).

Vários estudos revelam que a solidão não aumenta, condicionalmente com a idade, mas sim com a ausência de relações ou aparecimento de fatores de fragilidade, tal como as comorbilidades ou situação social (WHO, 2021a). No caso dos idosos, são vários os fatores que podem influenciar estas fragilidades, tal como a situação económica, a presença de patologias crónicas, a capacidade funcional, entre outros. O aumento da dependência física, devido à decadência do próprio processo de envelhecimento, e, conseqüentemente, a perda de oportunidades na realização de atividades sociais, levam estes a retraírem-se, isolarem-se e diminuírem o seu contacto social com os indivíduos que os rodeiam (Losada, 2020). Em Portugal, a Guarda Nacional Republicana, publicou um comunicado, “Censos Sénior 2017”, que dá conta de mais de 45 mil idosos sinalizados a viverem sozinhos ou isolados, revelando ainda, que em 2016, cerca de 40% da população portuguesa com mais de 65 anos se

encontrava sozinha durante 8 horas ou mais por dia, traduzindo-se em quase um milhão de idosos em situação de solidão ou isolamento (National Geographic, 2018).

O facto de muitas vezes, não haver uma resposta familiar compatível com as exigências que este idoso dependente necessita (Chruściel & Dobrowolska, 2020; Losada, 2020), este depara-se com a possível transição para um espaço mais sugestivo, tal como os lares ou ERPI, sendo este considerado um momento de fragilidade para o idoso, e conseqüentemente, um fator propício para o sentimento de solidão (Jürschik et al., 2013; Lezaun, 2018; WHO, 2021a).

Para melhor quantificar e ajudar a estudar este fenómeno, foi criada uma escala para medir o nível de solidão, originalmente a *UCLA Loneliness Scale* (Russel, Peplau & Ferguson, 1978 citado por Neto, 1989), traduzida por Félix Neto (1989) para versão portuguesa, Escala da Solidão. Esta escala, que foi utilizada também para a concretização deste estudo, pretende quantificar o nível de solidão, sendo que valores com uma cotação mais alta, traduzem-se em maiores níveis de solidão, e uma cotação mais baixa em menor nível de solidão, ou seja, maior satisfação social.

As utilizações destas ferramentas podem ajudar os governos e os profissionais de saúde a compreender qual a melhor forma de criar espaços e oportunidades para os idosos participarem em atividades sociais, culturais, recreativas, desportivas e espirituais, que diminuam o risco de aparecimento, ou aumento, da solidão. É essencial criar políticas sociais que assegurem os recursos financeiros, técnicos e humanos, compatíveis com a gravidade desta situação, procurando parcerias multissetoriais, num processo de inclusão com o idoso, promovendo um envelhecimento ativo (WHO, 2021b; Cabral et al., 2013).

3.1.2 Envelhecimento e Envelhecimento Ativo

O envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os seres humanos, sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, derivado de fatores biológicos, psíquicos e sociais (Brito e Litvoc, 2004, citado por Fehine & Trompieri, 2012). Em termos biológicos, o envelhecimento é associado ao acumulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, que levam a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de desenvolver doenças crónicas e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo, sendo em última instância, a morte; Em termos psíquicos, o envelhecimento deriva da decadência cognitiva,

relacionando-se com as alterações comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente (inteligência, memória, motivação); E em termos sociais, refere-se aos papéis e aos hábitos do indivíduo, relativamente aos outros membros da sociedade, sendo esta muito determinada pela cultura do país (WHO, 2015; Brito e Litvoc, 2004, citado por Fachine & Trompieri, 2012).

Assumindo uma dimensão heterogénea, alguns autores caracterizaram-no como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros consideram-no como um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar, e outros, como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade (Fachine & Trompieri, 2012). Apesar de grande parte do envelhecimento, seja reflexo da herança genética, uma considerável percentagem se deve aos ambientes físicos e sociais em que se habita. Esses ambientes incluem a estrutura habitacional, os vizinhos e a comunidade, que podem afetar diretamente a saúde, proporcionando ou tirando barreiras, incentivando ou desmotivando para fatores que influenciam oportunidades, decisões e comportamentos (WHO, 2015).

Um estereótipo de discriminação etária generalizado nos idosos, é serem considerados como dependentes ou até um fardo, podendo levar a uma suposição, que os gastos com estes são um desperdício na economia e uma ênfase na contenção de custos (ibidem).

Tendo em conta, o aumento da longevidade da população, e consequente, o envelhecimento populacional (Portugal, 2021a; WHO, 2021a), é inegável que estes resultam dos progressos a nível económico, social, biomédico, tecnológico e da melhoria das condições de vida da população, constituindo um indicador de desenvolvimento social e científico, percecionando o envelhecimento como um fenómeno positivo quer para os indivíduos, quer para as sociedades (Cabral et al., 2013). No entanto, um aumento da longevidade também se traduz em mudanças no ciclo de vida, mais concretamente no que respeita ao estado de saúde, havendo uma maior predisposição para doenças crónicas, situações de dependência e consequentemente, a dependência de apoios sociais e familiares (ibidem).

O envelhecimento da população gera assim repercussões em diversas áreas, encontrando-se a nível coletivo associado ao aumento da despesa pública, aos riscos inerentes à sustentabilidade da segurança social e à incapacidade do sistema de saúde de dar resposta às necessidades específicas dos idosos, principalmente, dos mais envelhecidos e dependentes. Neste sentido, é necessário refletir se o verdadeiro

problema colocado pelo envelhecimento à sociedade não se resume ao seu custo, mas sim ao do lugar que este ocupa (WHO, 2015; Cabral et al., 2013; Rudawska, 2013).

Assim tornou-se urgente repensar o conceito do tradicional envelhecimento, para envelhecimento saudável, tendo em conta que este consiste num processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional e intrínseca do idoso, que lhe permita manter o seu bem-estar em idade avançada (WHO, 2015). Para isso, é necessário criar intervenções que maximizem a sua capacidade funcional, promovendo políticas de saúde que contribuam para o melhoramento, ou manutenção, da sua capacidade intrínseca, aspirando a uma sociedade mais inclusiva e equitativa (ibidem). No Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, a *WHO* (2015) sugere que para promover a capacidade funcional do idoso, sejam trabalhadas as suas habilidades atendo às suas necessidades básicas, a sua capacidade de aprendizagem, a sua capacidade de decisão, a sua capacidade de deslocação, a sua capacidade de construir e manter relacionamentos e sua capacidade de contribuir, permitindo a este envelhecer de forma segura e adequada às suas necessidades, mantendo e promovendo o seu desenvolvimento pessoal, autonomia, saúde e contribuição social. Assim, a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais do idoso, encontram-se diretamente relacionadas com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2016).

Reconhecendo então, que viver mais tempo com qualidade de vida, pode ajudar largamente a compensar os crescentes custos com pensões e reformas, assim como os custos com assistência social e cuidados de saúde, e contribuir mais tempo para as receitas públicas, a *WHO* (2015) amplia o conceito de envelhecimento saudável, para envelhecimento ativo, contribuindo para um enorme progresso na forma dinâmica como se encaram os idosos, promovendo a sua participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais, religiosas, reconhecendo-os pela sociedade como cidadãos de pleno direito, e não apenas pela sua capacidade de estar fisicamente ativos ou de fazerem parte da força de trabalho. O aumento da esperança média de vida, com saúde e independência, o mais tempo possível, deve ser encarado como um objetivo a atingir e uma oportunidade, constituindo um dos maiores desafios do nosso tempo, para que o envelhecimento seja uma experiência positiva e para que as pessoas e os poderes decisores invistam no potencial humano, para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida.

No entanto, tendo em conta o que foi referido anteriormente, o envelhecimento, enquanto fenómeno biológico, apresenta-se em cada ser humano de modo singular e único, (Erdmann, 2007; Carvalho & Dias, 2016), sendo que, dependendo do suporte familiar ou económico que este possua, poderá, inevitavelmente, necessitar de ser institucionalizado numa estrutura residencial mais adequada às suas necessidades físicas e cognitivas, tal como uma ERPI.

3.1.3 O Idoso e as Estruturas Residenciais para Idosos

Já como referido anteriormente, o envelhecimento demográfico tornou-se um dos maiores desafios dos tempos atuais. O aumento da idade da reforma, o aumento da longevidade, e conseqüentemente, o aumento da esperança média de vida (Portugal, 2021a), levaram a que sociedade e as entidades políticas repensassem a forma como é visto o idoso (WHO, 2015; INE, 2020).

Nos anos anteriores, a responsabilidade de cuidar da pessoa idosa encontrava-se a cargo da própria família, no entanto, algumas mudanças nas estruturas sociais, tal como a diminuição do agregado familiar, as migrações, a emancipação da mulher no mundo do trabalho, o aumento da competição e do consumo, levaram a que algumas famílias começassem a transferir essa responsabilidade para o estado ou para instituições privadas (Almeida, 2008).

Em resposta a este cenário, surgem as estruturas residenciais para pessoas idosas, assim como outras, definindo-se como um estabelecimento para alojamento coletivo, destinado à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência; para pessoas adultas de idade inferior a 65 anos; em situações de exceção devidamente justificadas; ou para alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador. Estas unidades oferecem uma resposta às necessidades gerais dos idosos, inclusive a prestação de cuidados de saúde, como cuidados de enfermagem, e o desenvolvimento de atividades de apoio social que contribuam para o bem-estar e melhoria de qualidade de vida destes (Portaria nº 67/2012, 2012).

As ERPI definem-se, como uma resposta social, destinada a alojamento coletivo, para pessoas com idade correspondente estabelecida para a reforma, ou em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por

inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado (ibidem).

São várias as condições que levam à institucionalização do idoso, sendo uma delas, a exigência de tempo e atividades que o cuidador informal (muitas vezes um elemento da família) necessita para responder às necessidades quotidianas deste, sendo muitas vezes incompatível com as responsabilidades profissionais, pessoais e económicas a que este se encontra vinculado (Losada, 2020). Segundo um estudo realizado por Levenson (2001, citado por Peres, 2014) e por Born e Boechat (2006, citado por Peres, 2014) outras condições que aumentam o risco de institucionalização nas pessoas idosas, são critérios como o uso de meios auxiliares de marcha, ser portador de deficiências cognitivas, viver sozinho ou com pessoas de baixa relação, não ter apoios sociais, ter problemas no desempenho das atividades da vida diária ou dependência nos cuidados pessoais e pobreza.

A transição do idoso para a institucionalização, é para algumas famílias um tema sensível, que envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades, tornando-se uma problemática social e familiar de difícil gestão pois, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional (Carvalho & Dias, 2016). No mesmo sentido, a saída do idoso do seu meio familiar, requer deste, novos processos de adaptação, que o podem levar a um maior ou menor sofrimento, visto que este é confrontado com uma realidade nova, com a qual pode não estar apto para lidar (Ye & Zhang, 2017).

Existe também uma necessidade de adaptação, por parte do idoso, ao quotidiano da vida no lar, onde regras e normas, num tratamento coletivo, minimizam a sua individualidade levando a um afastamento da sua realização pessoal e de bem-estar. Este mesmo idoso raramente, ou nunca, interfere nas decisões e rotinas estipuladas pela instituição, mesmo sendo elas direcionadas à sua vivência quotidiana, propiciando um sentimento de impotência e desvalorização, dificultando o desenvolvimento de sentimento de pertença a esta nova residência (Lourenço, 2014).

Alguns estudos sugerem, que quanto maior o tempo de institucionalização, maior a debilidade do idoso, uma vez que esta propicia o isolamento social e a

inatividade física. Para que a integração do idoso seja positiva é necessário considerar as relações pessoais internas, ou seja, entre os idosos e os restantes utentes, bem como com as equipas multidisciplinares da própria instituição. É igualmente importante, fomentar as relações com o exterior, com a família e os amigos, procurando que o idoso sinta que se preocupam com ele e desenvolver relações que evitem o isolamento social e a solidão deste (Lemos, 2005, citado por Carvalho & Dias, 2016).

Neste sentido é requerido um cuidar pautado pela excelência por parte destas instituições, que potenciem ao máximo a qualidade de vida da pessoa idosa. Para isso, as próprias instituições geriátricas são incitadas a auscultar a equipa multidisciplinar, a fim de obterem um real conhecimento das suas necessidades, para que possam promover maior satisfação profissional, que se irá traduzir num cuidar mais humano e proficiente (Martins et al, 2019). Estas instituições devem assegurar profissionais qualificados e capacitados, na área da gerontologia, com conhecimentos específicos direcionados à pessoa idosa (Erdmann, 2007; Gil, 2020).

A WHO (2015) refere ser um direito do idoso, que este vivencie um processo de envelhecimento bem-sucedido, em que o acompanhamento físico, psíquico, social, espiritual, religioso e de ocupação dos tempos livres, assumam um papel de extrema importância no seu quotidiano. Apela ainda à consciencialização de que, apesar desta fase do ciclo de vida humana corresponder a um período de menor atividade, o idoso não tem de ficar inerte e sujeitar-se a um envelhecimento inconsciente, involuntário e apático.

A institucionalização do idoso deve ser o último recurso a ser tomado, valorizando a permanência deste na sua própria casa, envolvido no seio familiar, num ambiente propício de carinho, afeto e amor (Lourenço, 2014). No entanto, é inegável que para isso acontecer, os governos e a sociedade devem trabalhar políticas e estratégias que promovam o envelhecimento ativo, assim como a disponibilização de orçamentos e parcerias, que englobam o direito a uma habitação ou institucionalização digna e adequada às necessidades deste (WHO, 2015; Losada, 2020).

3.1.4 Pertinência do estudo

Mundialmente, a população acima dos 60 anos, está a crescer mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário mais jovem. Estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050, e mais do que triplique até 2100, passando de 962

milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU, s.d.). Prevê-se que o envelhecimento populacional esteja, muito brevemente, a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais em todos os setores da sociedade, com precursões no mercado laboral e financeiro, na procura de bens e serviços, tal como a habitação, nos transportes e proteção social, e nas estruturas familiares e laços intergeracionais (OMS, 2015).

Portugal é o quarto país da União Europeia com maior percentagem de população idosa, acima dos 65 anos. Segundo o Eurostat (2021), Portugal registou uma percentagem de 22,1% de pessoas com mais de 65 anos em 2020, a quarta mais alta da União Europeia, acima da própria média europeia que se fixou em 20,6%. Olhando para o histórico dos últimos 10 anos, este indicador tem registado uma tendência crescente, sendo que em 2011, havia cerca de 18,7% portugueses com mais de 65 anos, subindo ao longo do tempo e registando 21,8% em 2019 (Eurostat, 2021). A esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 81,06 anos para o total da população, sendo de 78,07 anos para os homens e de 83,67 anos para as mulheres, no triénio 2018-2020, sendo no Norte que se verificaram os valores mais elevados (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021). Tendo em conta estes dados, é urgente a criação de uma ação de saúde pública relacionada com o envelhecimento (OMS, 2015).

O envelhecimento caracteriza-se pela alteração de muitos fatores biológicos (Kirkwood, 2008), mas também socioambientais (Santos et al., 2009). Embora a herança genética influencie fortemente o tipo de envelhecimento que irá ocorrer no indivíduo, também é verdade, que esta se reflete pelo ambiente físico e social em que habita. Esse ambiente inclui o lar, a vizinhança e a comunidade, que podem afetar diretamente o estado de saúde, impondo barreiras ou criando incentivos, que influenciem oportunidades, decisões e comportamentos, pelo que este não pode, de forma nenhuma, ser desvalorizado, pelo peso que apresenta no processo de envelhecimento (Pacheco & Sgarbieri, 2017).

Nos dias atuais, um dos viés do envelhecimento demográfico, é a sua colisão com as exigências e responsabilidades com que as famílias se debatem na atualidade, tornando-se difícil garantir o tempo de prestação de cuidados necessários ao familiar idoso em contexto domiciliário (Chruściel & Dobrowolska, 2020), levando a recorrer a ajudas externas e apoios sociais, tal como estruturas residências para idosos (Veloso e Alves, 2017).

Para o idoso, residir e ser cuidado pela sua família, transmite-lhe uma maior sensação de estabilidade e segurança (Ye & Zhang, 2017) sendo, frequentemente, muito difícil para este transitar para um espaço/ambiente desconhecido com indivíduos, também, desconhecidos (Chruściel & Dobrowolska, 2015). Esta mudança pode induzir no idoso uma falta de controlo, uma baixa de autoestima e, conseqüentemente, uma diminuição no seu sentido de propósito de vida (Garcia et al., 2005). Uma certa incapacidade para enfrentar um conjunto de emoções, o medo do anonimato, da rejeição, da solidão e mesmo de inutilidade, podem afetar o bem-estar emocional do idoso e de adaptação à sua nova vida (Lourenço, 2014).

As estruturas residências encontram-se equipadas para dar resposta às necessidades específicas do idoso, na prestação de cuidados físicos essenciais e personalizados, assim como na gestão das condições de saúde e segurança. No entanto, evidências sugerem que estas mesmas estruturas, poderão ter muita dificuldade em atender às necessidades sociais mais complexas, tal como o isolamento social e a prevenção da solidão (Gardiner et al., 2020). Estudos revelam que idosos institucionalizados, reportam mais solidão do que aqueles que residem com os seus familiares (*idem*).

O isolamento social e a solidão aumentam os riscos dos idosos para condições de saúde física, como doenças cardiovasculares, e para condições de saúde mental, como declínio cognitivo, demência, depressão, ansiedade e suicídio (WHO, 2021a). Existem ainda estudos, que revelam que a solidão interfere com os cuidados médicos, sendo que os idosos que reportam níveis de solidão elevados estão mais frequentemente polimedicados (Portugal, 2019). Segundo a Direção Geral de Saúde, cerca de 91% dos idosos seguidos nos cuidados de saúde primários revelam sentir algum grau de solidão, sendo que um terço reporta mesmo níveis graves, o que interfere com os cuidados de saúde, sendo imperioso considerá-la como uma determinante de saúde (*ibidem*).

A Organização Mundial de Saúde (2020), almeja um investimento no envelhecimento saudável, orientada para a otimização da capacidade intrínseca do idoso, procurando melhorar e promover as suas capacidades físicas e mentais, valorizando também as suas interações ambientais, que conseqüentemente, contribuirão para um aumento da sua capacidade funcional. Para operar estas capacidades, devemos trabalhar o idoso com uma abordagem salutogénica, dando-lhe os recursos e ferramentas para que este opte por adotar comportamentos saudáveis, aumentando o seu empoderamento individual, contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida, essenciais para a promoção da saúde (Mazini et al, 2018). Mais que a prevenção da

doença, esta abordagem pretende ir à procura da origem da saúde e de como adquirir as ferramentas necessárias para a manter, mudando o paradigma do patogénico para o paradigma salutogénico, que através do sentido de coerência, objetiva atribuir recursos ao indivíduo, que lhe permitam aumentar a sua capacidade de lidar, positivamente, com os fatores adversos e, por sua vez, aumentar a sua resistência (Figueiredo & Amendoeira, 2019). Conseguir viver de forma autónoma e independente, o maior número de anos possível, no seu contexto habitacional, deve ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva da pessoa idosa (Portugal, 2006).

É imperativo dar continuidade ao desenvolvimento de políticas transversais e de estratégias de atuação multidisciplinares, flexíveis e de proximidade, numa perspetiva de humanização dos cuidados, que permitam que as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida longa, ativa e saudável (Portugal, 2017), assegurando, conseqüentemente, a sustentabilidade social e económica do nosso país, e do mundo (OMS, 2015).

3.2 - METODOLOGIA

A metodologia, permite ao pesquisador, comprovar de forma científica, os fenómenos que pretende estudar. Para isso é necessário proceder a um conjunto de procedimentos de investigação, que tendo em conta a sua finalidade e objetivos, e após a coleta de dados, serão desenvolvidos procedimentos técnicos, que de seguida serão submetidos a uma rigorosa análise, para uma correta leitura dos resultados (Vilelas, 2020).

3.2.1 - Questão de investigação, finalidade e objetivos

Perante a revisão bibliográfica realizada e dada a escassa informação sobre as reais necessidades de saúde dos idosos institucionalizados em ERPI, necessidade levantada pela própria equipa da USP do ACeS, definiu-se a seguinte questão de partida: Qual o nível de solidão dos idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende?

Assim este estudo pretende como finalidade, contribuir para a prestação de cuidados mais eficazes, a partir das vozes de pessoas idosas institucionalizadas nas ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, sendo que para isso traçaram-se os seguintes objetivos:

- 1 – Avaliar o nível de solidão dos idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende;
- 2 – Analisar as associações entre os níveis de solidão e as determinantes sociodemográficas clínicas.

3.2.2 - Tipo de estudo

Cada investigação possui um estudo próprio, peculiar e concreto, sendo o tipo de estudo escolhido, uma estratégia geral de trabalho, em que o investigador, após definição do seu problema, delinea as etapas seguintes. É importante para o investigador, selecionar o tipo de estudo que melhor se enquadre na população em estudo e nos objetivos delineados, de forma a melhor alcançá-los (Vilelas, 2020, p.196).

Este é um estudo de carácter quantitativo, observacional, transversal e analítico-correlacional que avaliou os níveis de solidão dos idosos institucionalizados em ERPI, e de seguida correlacionados com as determinantes sociodemográficas clínicas, do idoso institucionalizado em ERPI, da área de abrangência do ACeS III Barcelos/Esposende.

3.2.3 - População e amostra

O presente estudo decorreu no ACES Cávado III - Barcelos/Esposende, que é constituído pelos concelhos de Barcelos e Esposende. De acordo com o referido Plano Local de Saúde, o ACES Barcelos/Esposende pertence ao distrito de Braga e insere-se na NUT II Norte e NUT III Cávado, abrangendo uma população residente de 152.645 habitantes, representando cerca de 4,2% da população da Região Norte (3.603.778 habitantes) e 1,5% da população residente no Continente.

O ACES Cávado III - Barcelos/Esposende abrange 22 unidades de Estruturas Residenciais para Idosos, distribuídas pela cidade de Barcelos e Esposende, com um total de 795 idosos inscritos (Carta Social, 2022).

A população em estudo foram todos os idosos institucionalizados em ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende. Para conhecer melhor esta população em números concretos, foi realizado um levantamento do número de idosos, que com o auxílio dos enfermeiros de cada instituição na aplicação da escala da *Mini Mental State Examination*, que se finalizou em 181 idosos, distribuídos por 20 instituições.

Tendo em conta o objetivo do estudo e a sua viabilidade, foram estabelecidos como critérios de **inclusão** os seguintes itens:

- Idosos residentes em ERPI da área de abrangência do ACES Cávado III - Barcelos/Esposende;
 - Score obtido através da aplicação do *mini mental state* (para garantir que os participantes apresentam capacidades cognitivas necessárias para o preenchimento dos instrumentos de recolha de dados)³;

Por sua vez, como critérios de **exclusão**, foram definidos:

- Ausência do preenchimento do consentimento informado;
- Condições cognitivas comprometidas.

3.2.4 - Variáveis e sua operacionalização

As variáveis são qualidades, propriedades ou características, de objetos, pessoas ou situações, que são estudadas numa investigação, e devem estar em consonância com o problema e os objetivos traçados (Vilelas, 2020).

Sendo assim, para o presente estudo foram definidas como variáveis dependentes o nível de solidão dos idosos, e como variáveis independentes, consideradas mais relevantes para este estudo foram, a idade, sexo, número de filhos, anos de institucionalização, visitas, níveis de dependência, perceção da saúde do idoso, nível de mobilidade e participa em atividades da instituição.

Estas variáveis serão operacionalizadas como a seguir se descreve na tabela 1:

Tabela 1: Operacionalização das variáveis

	Variáveis	Escala de medida	Operacionalização
Dependente	Nível de solidão do idoso	Qualitativa Ordinal	Nunca/ Raramente/ Algumas Vezes/ Muitas vezes

³ Foi confirmado com a direção técnica e equipa de enfermagem das ERPI que os idosos que aceitaram participar no estudo possuíam capacidades cognitivas para o fazer segundo o *Mini.mental state*, sendo que foram incluídos os idosos com os seguintes scores (Guerreiro et al., 1994): Analfabetos: >15 pontos; 1-11 anos de escolaridade: > 21 pontos; escolaridade > 11 anos: > 27 pontos.

	Variáveis	Escala de medida	Operacionalização
Independentes	Idade	Quantitativa numérica	Número de anos
	Número de filhos	Quantitativa	Número de filhos
	Escolheu a institucionalização	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Recebe visitas	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Participa nas atividades da instituição	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Sexo	Qualitativa nominal	Masculino/Feminino
	Nível de mobilidade	Qualitativa ordinal	Muito boa/ Boa/ Razoável/ Má/ Muito Má
	Sente que tem oportunidade de participar nas atividades.	Qualitativa nominal	Sim/ Não
	Nível de dependência	Qualitativa ordinal	Dependência total/ Dependência grave/ Dependência moderada/ Dependência ligeira/ Independência
	Classificação da saúde pelo idoso.	Qualitativa ordinal	Muito boa – Boa/ Razoável/ Má – Muito má

3.2.5 - Instrumentos e procedimentos de recolha e tratamento de dados

Para ir de encontro às alterações demográficas referidas anteriormente, é cada vez mais uma necessidade a criação e utilização de instrumentos que permitam estudar, quantificar e analisar as necessidades dos idosos. Estas ferramentas valorizam a perceção, subjetividade e envolvimento do participante, visando uma resposta mais adequada e personalizada, ajudando a uma alocação eficiente de recursos (Brandão et al., 2015).

❖ Instrumentos de colheita de dados:

- **Questionário de caracterização sociodemográfica:** O Questionário de caracterização foi desenvolvido pelo autor e visa a recolha de dados de carácter sociodemográfico, no intuito de adquirir dados objetivos referentes às características pessoais e sociais da população em estudo. Estas abrem a possibilidade de conhecer um pouco do espaço social e relacional dos idosos, tal como o número de visitas, tipo de visitas, tipos de relações, atividades ocupacionais, entre outros que possam vir a revelar-se pertinentes. Para identificar o grau de dependência foi utilizada o Índice de Katz (Katz, S., et al, 1963) visto ser a escala de aplicação geriátrica utilizada pelas várias instituições, que forneceu o valor correspondente a cada entrevistado⁴ (APÊNDICE I).
- **Escala da Solidão:** A escala original, titulada de *UCLA Loneliness Scale*, da autoria de Russel, Peplau & Ferguson (1978), foi posteriormente validada e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). Esta versão é composta por 18 itens, que avaliam a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se numa escala tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima obtida é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados ao inverso (itens 1,4,5,8,9,13,14,17 e 18), e reflete o índice de solidão. Assim, o maior número de pontos alcançados traduz solidão, enquanto uma pontuação baixa traduz uma maior satisfação social (menor de solidão). A validade da versão portuguesa da escala da solidão foi examinada relativamente a vários critérios. A correlação entre uma questão de autoavaliação acerca da solidão e a

⁴ Escala que permite avaliar a Autonomia do idoso para realizar as atividades básicas e imprescindíveis à vida diária, designadas por Atividades Básicas da Vida Diária: Banho; Vestir; Utilização da sanita; Transferência do cadeirão/cadeira de rodas para a cama; Controlo de Esfíncteres e Alimentação. Classificação: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Se o idoso recusa, ou não está habituado a fazer determinada ABVD, classifica-se como dependente nessa atividade. Após a soma dos pontos, serão os seguintes resultados: Dependência total (0); Dependência grave (1-2); Dependência moderada (3-4); Dependência ligeira (5); Independente (6).

nota global obtida para a solidão foi bastante significativa ($r=.46$, $p<.001$) os sujeitos com pontuações altas na escala da solidão descrevem-se como sentindo-se mais sós que as outras pessoas, o que é sugestivo de boa validade (Neto, 1989). Na adaptação portuguesa esta escala apresentou também uma boa consciência interna (α de Cronback=0,87) e validade concorrente. A validade da escala também se confirmou através de correlações entre a solidão e outros estados emocionais, mostrando assim uma validade externa adequada (ibidem). No presente estudo recorreu-se a esta escala como meio para conhecermos o nível de solidão da população em estudo. Foi escolhida esta escala porque trata-se de um instrumento que não questiona diretamente os sujeitos sobre se sentem solidão, mas procura avaliá-la indiretamente. Além disso, trata-se de uma escala curta e de fácil aplicação (ANEXO I).

❖ **Recolha de dados:**

Os dados foram recolhidos, após autorização da Comissão de ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do IPVC, parecer nº 18/2022 (ANEXO II), entre os dias 11 de julho e 31 de agosto de 2022, por entrevista presencial, nas ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III Barcelos/Esposende. De todas as instituições contactadas, apenas duas foram excluídas do estudo, uma delas por não apresentar nenhum idoso que se integrasse nos critérios de inclusão, e a outra por falta de resposta afirmativa, até à data de conclusão da colheita de dados, para aceitação do estudo.

❖ **Procedimentos estatísticos:**

Relativamente à análise de dados, a análise estatística, todos os cálculos foram realizados no SPSS v.28. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($\alpha=0.05$), não existindo valores omissos. A análise exploratória de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e pela média (M), desvio-padrão (DP), coeficiente de variação (CV)⁵, valores mínimos ($Mín$) e máximo

⁵ coeficiente de variação (CV) (Pestana & Gageiro, 2014; p.111): $CV=(M/DP)*100$, $CV\leq 15\%$ → fraca dispersão; $15\%<CV\leq 30\%$ → moderada dispersão; $CV>30\%$ → forte dispersão.

(Máx) para as variáveis quantitativas. A verificação da normalidade foi efetuada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov (D), com correção de Lilliefors, quando $n \geq 50$ ou pelo teste de Shapiro-Wilk (W) quando $n < 50$. Exceto se apresentarem forte assimetria e/ou curtose, ao abrigo do Teorema Limite Central, apenas nas variáveis com $n < 30$ foi importante a suposição da normalidade. A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. A comparação entre duas amostras independentes, com variáveis quantitativas, foi efetuada pelo teste t de medidas independentes. A comparação entre três ou mais amostras independentes foi realizada pela *one-way* ANOVA de medidas independentes. No caso de ocorrer diferença estatisticamente significativa, será usado o *post-hoc* HSD Tukey (variâncias homogêneas) ou o teste de Games-Howell (variâncias não-homogêneas). O estudo da correlação entre variáveis foi efetuado pelo coeficiente de correlação de Pearson, r , quando as variáveis são quantitativas com distribuição Normal, ou pela correlação de Spearman r_s , quando pelo menos uma das variáveis é qualitativa ordinal. A análise da relação entre uma variável quantitativa e uma variável nominal dicotômica discreta, foi efetuada pelo coeficiente de correlação bisserial de pontos (R_{bp}). A interpretação da magnitude da correlação (Pearson, Spearman ou bisserial de pontos) foi efetuada pelo intervalo de correlação de Pestana e Gageiro (2014, p.347), para quem independentemente do sinal (+ ou -), se: R_{bp} ou r ou $r_s \leq 0.19$ correlação muito fraca; $0.20 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.39$ correlação fraca; $0.40 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.69$ correlação moderada; $0.70 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 0.89$ correlação forte; $0.90 \leq R_{bp}$ ou r ou $r_s \leq 1.0$ correlação muito forte. A consistência interna foi verificada pelo α -Cronbach, de acordo com a seguinte classificação (Pestana & Gageiro, 2014, p.531): $\alpha \geq 0.90$ muito boa; $0.80 \leq \alpha < 0.90$ boa; $0.70 \leq \alpha < 0.80$ razoável; $0.60 \leq \alpha < 0.70$ fraca; $\alpha < 0.60$ inaceitável.

3.2.6 - Procedimentos éticos

A concretização de um estudo implica, obrigatoriamente, o levantamento de questões morais e éticas, por parte de qualquer investigador. Perante os danos que podem advir da investigação aplicada a seres humanos, é imperioso tomar medidas que protejam os direitos e a liberdade, do grupo em estudo. Assim, torna-se essencial a preservação dos direitos de autodeterminação, da intimidade, do anonimato e da confidencialidade, da proteção contra o desconforto e o prejuízo, e o tratamento justo e equitativo (Vilela, 2020, p. 467) Tendo em conto os parâmetros referidos anteriormente,

em linha com o código deontológico do enfermeiro (Código Deontológico do Enfermeiro, 2005), foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Solicitado parecer à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (Parecer nº18/2022);

- Solicitado pedido de autorização à direção de todos os ERPI da área de abrangência do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende.

- Pedido consentimento legal aos idosos alvo do estudo, para a realização do mesmo; sendo explicados a natureza e os objetivos do estudo (Termo de Consentimento Livre e Informado – **APÊNDICE 2**); respeitada a vontade em colaborar ou não no presente estudo; garantido o direito à confidencialidade das suas respostas e o anonimato das informações, bem como o direito de, no caso de manifestarem vontade em abandonar o estudo, poderão fazê-lo, sem qualquer penalização e sem obrigatoriedade de justificar o eventual abandono, em consonância com a declaração de Helsínquia (World Medical Association, s.d.), a convenção de Oviedo (Portugal, 1997) e o decreto de lei de Comissão de Ética para a Saúde (Decreto-Lei n.º 80/2018, 2018). O investigador comprometeu-se ainda a destruir todo o material produzido no âmbito deste trabalho de investigação, 2 meses após o término do estudo.

De salientar ainda que a recolha de dados foi executada através de uma entrevista presencial, individualizada, respeitando a privacidade e confidencialidade dos dados adquiridos durante a entrevista. As questões foram realizadas em conversa direta com cada participante em salas individualizadas, graças a colaboração das próprias instituições que asseguraram gabinetes com total privacidade. No fim de cada entrevista, foram imediatamente colocados os inquéritos em envelopes opacos, de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

3.3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após o tratamento de dados é fundamental organizá-los de forma prática e racional, para um melhor entendimento do fenómeno que se pretende estudar, transformando estes em informação, que após criteriosamente avaliada, nos permitirá responder às questões ou objetivos previamente estipulados (Vilela, 2020, p.449). De seguida são apresentados os resultados desta investigação pela seguinte ordem:

- Caracterização da amostra;
- Propriedades Psicométricas dos instrumentos no estudo;

- Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo.

3.3.1 - Caracterização da amostra:

A **Tabela 2** apresenta os valores de frequência absoluta (*n*) e relativa (%) na caracterização sociodemográfica da amostra:

Esta refere que a maior parte dos entrevistados são do sexo feminino (72.4%) e que a maioria dos sujeitos estão na condição de viuvez (54.1%), seguindo-se o estado civil de solteiro (22.7%). Pelo número extenso das respostas apresentadas, foi colocada em **APÊNDICE 3**, a listagem de profissões que os idosos da amostra desempenharam aquando da vida profissional útil. Da imensa panóplia de profissões, as mais frequentes são: agricultor/a (28.7%), operário/a fabril (17.8%) e doméstica (14.4%). O pedido de reforma antecipada não foi feito pela maioria dos sujeitos (58%), contudo, nos casos em que tal pedido foi efetuado, a principal razão foi por doença (84.2%). Quando averiguado o nível de escolaridade, predominam os níveis mais baixos de literacia: 1º ciclo do ensino básico (63%) e analfabetismo (26.5%). A quase totalidade dos sujeitos tem uma crença religiosa (99.4%), sendo que a quase todos a enquadram na rotina diária (97.8%). Entrando no âmbito da institucionalização, a maioria dos sujeitos não escolheu ser institucionalizado (53%) e as principais razões que levaram à institucionalização foram a falta de suporte social/familiar (49.2%) e incapacidade/doença (34.8%), sendo que apenas um sujeito mencionou a opção “outro”, e neste caso devido a violência doméstica. Ainda neste âmbito, quase todos os idosos recebem visitas (93.4%), sendo a maioria feita pelo filho/a (39.1%) e família em geral (32%). Estas são realizadas, maioritariamente, numa frequência semanal (52.5%), seguindo-se a frequência mensal (30.9%). Acerca da participação em atividades proporcionadas pela Instituição, a maioria afirmou participar ativamente (81.2%), sendo os jogos de mesa/tabuleiro (34%), atividade física (27.2%) e artes manuais (25.9%) as atividades mais frequentes. A maioria dos idosos afirmou ter oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência (64.1%), sendo que a maioria dos idosos afirmou que “Sim” (57.5%) quanto à oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição. Em termos clínicos, a maior parte dos idosos tem algum tipo de doença (72.9%), podendo a lista ser consultada no **APÊNDICE 4**, embora destacando-se as patologias

ósseas, cardíacas, diabetes, HTA e AVC. A maior parte dos idosos afirmou consumir bebidas alcoólicas (78.5%), sobretudo às refeições (84.6%), e quase a totalidade dos idosos não é fumador (96.7%), sendo que entre os que fumam, fazem-no numa frequência 2 a 3 cigarros por dia. No âmbito do repouso, a complicação de sono foi referida por 55.2% dos idosos. No âmbito de utilização de equipamentos adaptativos, o recurso a equipamento é bastante frequente na quase totalidade dos sujeitos (90.1%), principalmente na utilização de óculos (38.7%), cadeira de rodas (33.1%), andarilho (22.1%) e bengala (20.2%), de notar que muitos idosos possuem mais do que um equipamento adaptativo, daí que a frequência absoluta e relativa excede os $n=181$ e 100%, respetivamente. No âmbito da mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho/a) é, na maioria dos sujeitos, avaliada como razoável (45.3%), seguindo-se de má (29.8%). A classificação do estado de saúde feita pelos idosos é, na maioria dos casos, razoável (56.4%), em que as opções extremas são as menos prevalentes. Em relação ao nível de dependência, a maior frequência de sujeitos situa-se na dependência moderada (29.8%), seguindo-se a dependência ligeira (27.1%) e dependência grave (23.8%). No âmbito da terapêutica, verifica-se que a maior parte dos sujeitos é polimedicado (86.2%), toma ansiolíticos (59.7%) e não toma antidepressivos (52.5%). Pela sua extensão, a lista de antecedentes de saúde pode ser consultada no **APÊNDICE 5**.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra: frequência absoluta e relativa (N=181).

Variáveis e categorias	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	131	72.4
Masculino	50	27.6
Estado civil		
Solteiro(a)	41	22.7
Casado(a)	28	15.5
União de facto	2	1.1
Divorciado(a)/Separado(a)	12	6.6
Viúvo(a)	98	54.1
Reforma antecipada		
Sim	76	42.0
Não	105	58.0

– Motivo de antecipação da reforma

Variáveis e categorias	n	%
doença	64	84.2
acidente	2	2.6
acordo com a empresa	1	1.3
cuidador da esposa	1	1.3
cuidadora do marido	1	1.3
decisão própria	1	1.3
deficiência motora	1	1.3
desemprego	1	1.3
fratura da coluna	1	1.3
fratura do fêmur	1	1.3
invalidez	1	1.3
vantagens sociais	1	1.3
Escolaridade		
Não sabe ler nem escrever	48	26.5
1º ciclo do ensino básico	114	63.0
2º ciclo do ensino básico	10	5.5
3º ciclo do ensino básico	6	3.3
Ensino secundário	1	0.6
Ensino superior	2	1.1
Crença religiosa		
Sim	180	99.4
Não	1	0.6
– Em caso afirmativo, frequência da prática religiosa		
Rotina diária	176	97.8
Quando estou triste	2	1.1
Quando estou ansioso(a)	2	1.1
Opção pela institucionalização		
Sim	85	47.0
Não	96	53.0
Motivo da institucionalização		
Falta de suporte social/familiar	89	49.2
Incapacidade/doença	63	34.8
Solidão	28	15.5
Outro	1	0.6
Recebe visitas		
Sim	169	93.4
Não	12	6.6
– Grau de parentesco/amizade face às visitas		

Variáveis e categorias	n	%
Filho/a	66	39,1
Família em geral	54	32,0
Amigos/as e colegas	25	14,8
Variáveis e categorias	n	%
Irmão/ã	17	10,1
Netos	10	5,9
Nora	3	1,8
Primo/a	3	1,8
Cunhado/a	3	1,8
Esposa	2	1,2
Marido	1	0,6
Namorado	1	0,6
Vizinhos	1	0,6
Mãe	1	0,6
Frequência das visitas		
Diariamente	4	2,2
Semanalmente	95	52,5
Mensalmente	56	30,9
Anualmente	14	7,7
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição		
Sim	147	81,2
Não	34	18,8
- Tipo de atividades		
Jogos de mesa/tabuleiro	50	34,0
Atividade física	40	27,2
Artes manuais	38	25,9
Leitura	8	5,4
Música	7	4,8
Dança	4	2,7
Oportunidade para sugerir a realização de atividades da sua preferência		
Sim	116	64,1
Não	65	35,9
Conhece o direito à participação ativa na vida da Instituição		
Sim	104	57,5
Não	77	42,5
Portador de alguma doença		
Sim	132	72,9
Não	49	27,1

Variáveis e categorias	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	39	21.5
Não	142	78.5
– Frequência do consumo de bebidas alcoólicas		
refeição	33	84.6
1/2 copo às refeições	2	5.1
diário	1	2.6
1 copo ao almoço	1	2.6
1 vez por semana	1	2.6
em festas	1	2.6
Hábitos tabágicos		
Sim	6	3.3
Não	175	96.7
– Frequência do consumo tabágico		
2 cigarros/dia	2	33.3
3 cigarros/dia	2	33.3
4 cigarros por dia	1	16.7
7 cigarros por dia	1	16.7
Problemas de sono		
Sim	100	55.2
Não	81	44.8
Utilização de algum equipamento adaptativo		
Variáveis e categorias	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	163	90.1
Não	18	9.9
– Tipo de equipamento		
Óculos	63	38.7
Cadeira de rodas	54	33.1
Andarilho	36	22.1
Bengala	33	20.2
Canadianas	11	6.7
Aparelho auditivo	2	1.2
Muleta axilar	1	0.6
Apoio na mobília	1	0.6
Percepção relativa à mobilidade/dependência		
Muito boa	5	2.8
Boa	36	19.9
Razoável	82	45.3

Variáveis e categorias	n	%
Má	54	29.8
Muito má	4	2.2
Percepção da saúde global		
Muito boa	3	1.7
Boa	27	14.9
Razoável	102	56.4
Má	45	24.9
Muito má	4	2.2
Nível de dependência		
Dependência total	8	4.4
Dependência grave	43	23.8
Dependência moderada	54	29.8
Dependência ligeira	49	27.1
Independência	27	14.9
Polimedicação		
Sim	156	86.2
Não	25	13.8
Medicação ansiolítica		
Sim	108	59.7
Não	73	40.3
Medicação antidepressiva		
Sim	86	47.5
Não	95	52.5

3.3.2 – Propriedades Psicométricas dos Instrumentos no Estudo

Características psicométricas da UCLA na amostra em estudo:

Verificou-se a consistência interna como meio de estimação da fidelidade das dimensões do instrumento de avaliação utilizado. Por recurso à estatística α -Cronbach, que varia entre 0 e 1, observa-se que a Escala de Solidão (UCLA) possui boa consistência interna ($\alpha_C=0.898$) (Neto, 1989).

3.3.3 - Apresentação dos resultados da solidão

A **Tabela 3** apresenta a frequência absoluta (n) e relativa (%) de sujeitos em cada categoria da Escala de Solidão (UCLA). Assinalado a **negrito** estão as frequências

mais elevadas em cada item. Nos itens com a indicação (+) a melhor resposta para a ausência de solidão é verificada no sentido de Nunca → Muitas vezes; nos restantes itens é no sentido contrário.

Pode-se afirmar que os casos mais preocupantes se verificam nas questões: ES5 “Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam”, ES8 “Sou uma pessoa voltada para fora”, bem como nos itens ES6 “Já não sinto mais intimidade com ninguém”, ES7 “Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam”, ES11 “Ninguém me conhece realmente bem” e ES16 “As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo”.

Por opção de resposta, a média da frequência relativa em cada opção de resposta, é a seguinte:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
18.1	26.6	36.7	18.6

Portanto, uma maior prevalência de respostas nas opções “algumas vezes” e “raramente”, e mais baixa frequência de respostas nas opções “nunca” e “muitas vezes”.

Tabela 3 – Caracterização da amostra: frequência absoluta e relativa de sujeitos em cada item da Escala de Solidão (UCLA).

Itens	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Muitas vezes	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
ES1 (+)	2	1.1	25	13.8	89	49.2	65	35.9
ES2	58	32.0	70	38.7	42	23.2	11	6.1
ES3	51	28.2	88	48.6	22	12.2	20	11.0
ES4 (+)	9	5.0	38	21.0	81	44.8	53	29.3
ES5 (+)	10	5.5	73	40.3	59	32.6	39	21.5
ES6	36	19.9	63	34.8	66	36.5	16	8.8
ES7	27	14.9	41	22.7	93	51.4	20	11.0
ES8 (+)	64	35.4	37	20.4	34	18.8	46	25.4
ES9 (+)	3	1.7	47	26.0	87	48.1	44	24.3
ES10	91	50.3	63	34.8	23	12.7	4	2.2
ES11	21	11.6	48	26.5	96	53.0	16	8.8
ES12	78	43.1	66	36.5	29	16.0	8	4.4
ES13 (+)	3	1.7	20	11.0	89	49.2	69	38.1
ES14 (+)	1	0.6	48	26.5	91	50.3	41	22.7
ES15	96	53.0	56	30.9	18	9.9	11	6.1
ES16	36	19.9	60	33.1	70	38.7	15	8.3
ES17 (+)	1	0.6	20	11.0	107	59.1	53	29.3
ES18 (+)	2	1.1	3	1.7	100	55.2	76	42.0

De acordo com a literatura (Neto, 1989) uma pontuação elevada traduz solidão e que uma pontuação baixa traduz uma maior satisfação social (i.e., ausência de solidão).

Porém, dado não existir um valor exato para “pontuação elevada” e “pontuação baixa”, decidimos considerar tais “pontuações” em função do valor do percentil 75 para pontuação alta e do percentil 25 para pontuação baixa. Assim, uma vez que a pontuação mínima e a máxima possíveis de serem obtidas são 18 e 72 pontos, respectivamente, o percentil 25 corresponde à pontuação 31 e o percentil 75 à pontuação 59 (segundo o método de exclusão adotado pelo SPSS).

Pela **Tabela 4** verifica-se que $n=51$ (28.2%) dos idosos revelam índices de satisfação social, não se tendo registado qualquer caso de solidão (a pontuação máxima obtida neste estudo foi de 58).

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa de sujeitos em situação de “satisfação social” e “solidão”

Pontuação	<i>n</i>	%
≤ 31 pontos	51	28.2
≥ 59 pontos	0	0.0
[31, 59] pontos	130	71.8

Se o ponto de corte for a mediana ($Me=45$ pontos), então registamos $n=34$ (18.8%) sujeitos acima da mediana, o que equivale a afirmar, um estado de maior solidão; e abaixo da mediana registam-se $n=147$ (81.2%), portanto, mais próximos da ausência de solidão.

A **Tabela 5** apresenta a média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas. A idade regista fraca dispersão, o total da Escala de Solidão regista moderada dispersão, as restantes variáveis têm forte dispersão.

Tabela 5 – Análise descritiva: média, desvio-padrão, coeficiente de variação, valores mínimo e máximo das variáveis quantitativas.

Variáveis	M	DP	CV	Mín	Máx
Idade	81.7	8.38	10.3%	65	96
Nº de filhos	2.7	2.78	103.0%	0	12
Anos de institucionalização	4.6	4.36	94.8%	0.1	26
TOTAL Escala Solidão	37.2	9.09	24.4%	18	58

❖ Estudos de comparação:

Na comparação entre mulheres vs homens, quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA), a um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças entre os sexos quanto aos índices de solidão ($t=-1.294, p=0.197$).

A **Tabela 6** apresenta a comparação entre idosos que responderam “Sim” vs “Não” relativamente a um conjunto de variáveis. A um nível de significância de 5%, pelo teste *t* de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas nas variáveis “escolheu a institucionalização?” ($p=0.004$), “recebe visitas?” ($p=0.007$), “participa em atividades proporcionadas pela Instituição?” ($p=0.030$) e “sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da Instituição?” ($p=0.040$). Nos três primeiros casos, devido à média mais elevada da opção “Não”, o que sugere serem situações preocupantes, no último caso, decorrente da média mais elevada da opção “Sim”. Nas restantes variáveis existe um certo equilíbrio entre os idosos que responderam “Sim” e os que responderam “Não” ($p>0.05$).

Tabela 6 – Comparação entre a média da solidão (Escala UCLA) e variáveis socioinstitucionais e clínicas, desvio padrão, test T *Student* e valor *p*.

Variáveis	SIM		NÃO		Comparação	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Opção pela institucionalização	35.2	8.56	39.1	9.20	-2.948	0.004*
Recebe visitas	36.7	9.00	44.1	7.87	-2.752	0.007*
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição	36.5	8.78	40.3	9.93	-2.184	0.030*
Oportunidade para sugerir a realização de atividades da sua preferência	37.5	8.63	36.7	9.92	0.539	0.590
Conhece o direito à participação ativa na vida da Instituição	38.5	8.23	35.6	9.96	2.069	0.040*
Portador de alguma doença	37.5	9.09	36.5	9.15	0.663	0.508
Consumo de bebidas alcoólicas	36.2	9.73	37.5	8.93	-0.771	0.442
Utilização de algum equipamento adaptativo	37.2	9.25	37.4	7.79	-0.080	0.937
Polimedicação	37.4	8.96	36.2	10.02	-0.631	0.529
Medicação ansiolítica	37.6	8.85	36.7	9.47	-0.674	0.501
Medicação antidepressiva	36.3	9.42	38.1	8.76	1.287	0.200

* diferenças estatisticamente significativas ($p<0.05$).

A **Tabela 7** apresenta a comparação entre idosos com diferentes níveis de dependência, quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA). A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que não existem

diferenças entre os níveis de dependência dos idosos quanto aos índices de solidão ($F=0.539, p=0.707$).

Tabela 7 – Comparação entre diferentes níveis de dependência dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).

Classes	<i>n</i>	M	DP	Mín	Máx	<i>F</i>	<i>p</i>
Dependência total	8	36.6	12.92	20	51	0.539	0.707
Dependência grave	43	37.5	9.00	21	53		
Dependência moderada	54	36.9	9.70	18	58		
Dependência ligeira	49	38.5	7.51	22	55		
Independência	27	35.3	9.68	19	54		

A **Tabela 8** apresenta a comparação entre idosos com diferentes níveis de mobilidade, quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA). A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que não existem diferenças entre os níveis de mobilidade dos idosos quanto aos índices de solidão ($F=2.811, p=0.063$). Contudo, as diferenças são marginalmente significativas ($p<0.10$).

Tabela 8 – Comparação entre diferentes níveis de mobilidade dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).

Classes	<i>n</i>	M	DP	Mín	Máx	<i>F</i>	<i>p</i>
Muito boa/Boa	41	34.6	10.38	18	55	2.811	0.063
Razoável	82	37.3	8.34	20	54		
Má/Muito má	58	38.9	8.87	19	58		

A **Tabela 9** apresenta a comparação entre idosos com diferentes classificações de saúde, quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA). A um nível de significância de 5%, pela *one-way* ANOVA de medidas independentes, verifica-se que existem evidências estatisticamente significativas de diferenças entre as diferentes classificações de saúde dos idosos quanto aos índices de solidão ($F=3.349, p=0.037$), pelo que estão reunidas as condições para rejeitar a hipótese nula da igualdade de médias. Pelo *post-hoc* HSD Tukey constata-se que existe diferença significativa entre as classificações “Muito boa/Boa” vs “Razoável” ($p=0.043$), decorrente da média mais elevada (portanto, maior solidão) dos idosos com classificação “Razoável”. A comparação entre idosos classificados com saúde “Muito boa/Boa” vs “Má/Muito má” é marginalmente significativa ($p=0.054$). Por último, entre idosos classificados com saúde “Razoável” vs “Má/Muito má”, não existem diferenças significativas ($p=0.974$).

Tabela 9 – Comparação entre a percepção de saúde dos idosos quanto à pontuação na Escala de Solidão (UCLA).

Classes	<i>n</i>	M	DP	Mín	Máx	<i>F</i>	<i>p</i>
Muito boa/Boa	30	33.4	9.62	19	55	3.349	0.037*
Razoável	102	37.9	8.28	18	53		
Má/Muito má	49	38.2	9.94	19	58		

* diferenças estatisticamente significativas ($p < 0.05$).

❖ Estudos de correlação:

A **Tabela 10** apresenta um conjunto de correlações entre a pontuação total da Escala de Solidão (UCLA) com variáveis nominais dicotômicas (correlação bisserial de pontos), ordinais (correlação de Spearman) e quantitativas (correlação de Pearson).

De uma forma geral, as correlações são de fraca ($0.20 \leq r \leq 0.49$) e muito fraca ($r \leq 0.19$) magnitude. Contudo, algumas correlações, sinalizadas com asterisco (*), seria de destacar, são estatisticamente significativas ($p < 0.05$). De notar, ainda, que algumas correlações têm orientação negativa, o que significa que ao aumento da pontuação total da Escala de Solidão (UCLA) ocorre uma diminuição do valor da outra variável, e vice-versa, ainda que com muito fraca magnitude.

Tabela 10 – Matriz de correlações entre a pontuação total da Escala de Solidão (UCLA) com variáveis nominais dicotômicas, ordinais e quantitativas.

Total ES vs ...	<i>r</i>	<i>p</i>
+ Correlação bisserial de pontos		
Sexo (1-feminino, 2-masculino)	0.096	0.197
Crença religiosa (1-sim, 2-não)	-0.125	0.093
Opção pela institucionalização (1-sim, 2-não)	0.215	0.004 *
Recebe visitas (1-sim, 2-não)	0.202	0.007 *
Participação em atividades proporcionadas pela Instituição (1-sim, 2-não)	0.161	0.030 *
Conhece o direito à participação ativa na vida da Instituição (1-sim, 2-não)	-0.157	0.035 *
Consumo de bebidas alcoólicas (1-sim, 2-não)	0.058	0.442
Hábitos tabágicos (1-sim, 2-não)	0.093	0.212
Problemas de sono (1-sim, 2-não)	-0.058	0.438
Utilização de algum equipamento adaptativo (1-sim, 2-não)	0.006	0.937
Polimedicação (0-não, 1-sim)	0.047	0.529
Medicação ansiolítica (0-não, 1-sim)	0.050	0.501
Medicação antidepressiva (0-não, 1-sim)	-0.096	0.200
+ Correlação de Spearman		
Escolaridade	0.059	0.428
Frequência das visitas	0.109	0.157
Percepção relativa à mobilidade/dependência	0.171	0.021 *

Total ES vs ...	<i>r</i>	<i>p</i>
Perceção da saúde global	0.161	0.030 *
Nível de dependência	-0.022	0.770
+ Correlação de Pearson		
Idade	-0.196	0.008 *
Nº de filhos	-0.197	0.008 *
Anos de institucionalização	0.041	0.582

* Correlação estatisticamente significativa ($p < 0.05$)

3.4 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Várias publicações descrevem a solidão como um sentimento angustiante e desagradável, que pode ser vivenciado por qualquer pessoa, mas que é mais frequente em adolescentes e idosos. Esta conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta algum tipo de suporte, sobretudo de natureza afetiva (Afonso & Azeredo, 2016; Neto, 1989). Sendo a solidão um sentimento de difícil caracterização objetiva (Tamayo & Pinheiro, 1984), torna-se importante ouvir diretamente de quem a expressa, na procura de compreender quais os fatores que contribuam para sua presença ou intensificação (Afonso & Azeredo, 2016; Neto, 1989; Losada et al., 2020). Salienta-se que no presente estudo foram apenas envolvidos os idosos institucionalizados em contexto de ERPI e não os que frequentam apenas os centros de dia das mesmas instituições, uniformizando mais fidedignamente a amostra.

Após uma análise cuidadosa dos dados apresentados anteriormente foram várias as conclusões percecionadas. Tendo em conta o que foi referido anteriormente neste trabalho, sobre a solidão e o seu conceito, em conformidade com a escala aplicada e o que esta traduz, concluiu-se que não existe um nível significativo de solidão na amostra em estudo. Segundo a análise descritiva desta (N=181), verificou-se um nível baixo de solidão que, segundo a escala aplicada, se traduz numa melhor satisfação social (Neto, 1989), dando resposta ao primeiro objetivo delineado para este estudo. Este resultado vai de encontro a alguns estudos realizados, que demonstram não existir níveis significativos de solidão nos idosos institucionalizados (Freitas et al., 2016; Afonso & Azeredo, 2016; Ferreira et al., 2021).

No entanto, numa avaliação mais minuciosa dos dados, podemos observar que existem alguns parâmetros a ter em atenção, como o facto de no questionário da Escala da solidão, existir uma grande incidência de respostas preocupantes em determinados

itens tal como na questão ES5 “Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam”, em que 40,3% dos idosos responderam “raramente”, ou na questão ES6 “Já não sinto mais intimidade com ninguém”, em que 36,5% responderam que “algumas vezes”, bem como na questão ES7 “Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam”, em que 51,4% responderam “algumas vezes”, e por fim na questão ES16 “As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo”, em que 38,7% responderam que algumas vezes. Indo de encontro com o conceito da escala utilizada (Neto, 1989) pode indicar que estes indivíduos sentem de alguma forma um sentimento de autocontenção, insatisfação social, isolamento e falta de interação social. O que vem de encontro com alguns estudos que referem ser de extrema importância trabalhar as relações internas, entre os idosos institucionalizados, promovendo um ambiente mais inclusivo e menos solitário (Freitas et al., 2016; Ferreira et al., 2021; Cabral et al., 2013).

Entrando numa observação das variáveis independentes, e procurando dar resposta ao objetivo número 2, de analisar as associações entre os níveis de solidão e as determinantes sociodemográficas clínicas, começando no variável sexo, podemos verificar que não existem diferenças significativas entre homens e mulheres quanto aos índices de solidão ($p=0.707$). De acordo com a literatura, verificam-se divergências ao nível dos resultados que avaliam as diferenças entre homens e mulheres ao nível da solidão, havendo um considerável número de estudos que refere haver mais solidão nos homens (Losada et al., 2020), outros mais solidão nas mulheres (Susanty, 2022), e outros que indicam não haver diferença (Vanhalst et al., 2019; Maes et al., 2019; Neto & Barros, 2001), sendo aconselhado explorar sobre possíveis fatores que possam influenciar nesta variável (cultura, país, relações familiares). No entanto sublinha-se que o número de mulheres presentes na amostra é significativamente maior que os homens, podendo interferir um pouco neste resultado.

Outro aspeto interessante do estudo foi verificar que os idosos que não escolheram ser institucionalizados, apresentam significativamente maiores níveis de solidão comparativamente aos que escolheram ser institucionalizados, indo de encontro aos estudos que sugerem que alterações significativas ou acontecimentos críticos, tal como a mobilização do idoso, do seu lar habitual/familiar para uma instituição, tornam este mais suscetível de sentir solidão (Nicolaisen & Thorsen, 2014; Victor & Yang, 2012; Chruściel & Dobrowolska, 2015). No entanto, é importante apelar ao facto de que a percentagem de pessoas que escolheram ser institucionalizadas, não deve ser

desconsiderada, podendo ir de encontro aos estudos que referem que os idosos optam, muitas vezes, por ir para estes locais, entre outros motivos, tal como a falta de apoio domiciliário ou o aparecimento de comorbilidades, mas também por sentirem alguma solidão (Losada et al., 2020; Veloso & Alves, 2017).

A ausência de relações significativas, e a decadência física provocada pelo próprio processo do envelhecimento, levam a uma perda de oportunidades na realização de atividades sociais, o que levam o idoso a retrair-se, isolar-se, diminuindo o seu contacto social com os indivíduos que os rodeiam (Losada et al, 2020; WHO, 2015; Freitas et al., 2016), facto que se confirmou com este estudo em que os idosos que recebiam mais visitas, ou tinham mais filhos, ou que participavam nas atividades da instituição, revelaram significativamente menor nível de solidão. As variáveis que se associam, de alguma forma, a relações humanas, tal como número de filhos, participação nas atividades da instituição, e o grau de mobilidade, podem sugerir que idosos que apresentam relações, ou capacidade física que lhes permita realizar mais atividades sociais, apresentam uma maior satisfação social (menor nível de solidão), fortalecendo a literatura que defende que o idoso necessita de relações saudáveis e humanas para um envelhecimento mais satisfatório (Silva et al., 2014; Freitas et al., 2016). A presença da família e uma sã convivência intergeracional parecem também ser importantes no combate à solidão (ibidem). Por sua vez, verificou-se que os utentes que sentem ter mais oportunidades de participar ativamente na vida da instituição apresentam significativamente maiores índices de solidão. Este facto pode estar relacionado com o facto de estes sentirem necessidade de realizar e participar nas atividades da instituição, na procura de diminuírem o seu sentimento de solidão (Afonso & Azeredo, 2016; Araújo & Manucussi, 2012; Casemiro & Ferreira, 2021).

Foi interessante perceber que o grau de dependência do idoso, não revelou valores estatisticamente significativos, no entanto a percepção que este tem da sua saúde, já demonstrou que quanto melhor a sua percepção de saúde, menor é o seu nível de solidão, ou seja, possui maior satisfação social. Indo de encontro ao apresentado por vários autores, que o idoso com mais autonomia e melhor mobilidade apresenta menores níveis de solidão (Freitas et al., 2016; Almeida et al., 2019).

O aumento da esperança média de vida e a longevidade, um dos fundamentos deste estudo, resulta em grande medida, da melhoria das determinantes sociais da saúde, em Portugal, comporta, contudo, especificidades que urgem acautelar. Assim, foram feitas pesquisas no sentido de compreender se a idade seria um fator de aumento ou

diminuição dos níveis de solidão, sendo que neste presente estudo se verificou uma correlação significativa negativa entre a idade e os índices de solidão, ou seja, quanto maior a idade menor o índice de solidão. A literatura é vasta nesta variável, havendo, tal como no variável sexo, opiniões nos três sentidos, em que uns afirmam que a solidão aumenta com a idade (Rodrigues, 2018; Neto & Barros, 2001), outros que diminui (Afonso & Azeredo, 2016), e outros que não altera (Losada et al, 2020);).

Apesar de num panorama geral, este estudo apresentar um quadro positivo, é importante perceber que para muitos idosos institucionalizados, qualquer profissional que trabalhe na instituição pode desempenhar um importante papel na prevenção da solidão, sobretudo junto daquelas pessoas que já não têm família ou esta se encontra ausente, quer afetiva, quer geograficamente. Com o aumento da longevidade e das famílias unitárias, esta última situação é cada vez mais frequente, podendo também ser um motivo para a institucionalização precoce e para o facto de não se sentirem tão sós (Borges & Waldow, 2011; Afonso & Azeredo, 2016).

Tratando-se apenas de uma auscultação de opiniões, não se pretende de forma alguma extrapolar para a população idosa, mas antes colher informações que sejam úteis para intervenções que tenham como finalidade promover uma maior qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, ao longo do seu processo de envelhecimento.

3.5 - CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Com a elaboração deste estudo pretendeu-se avaliar o nível de solidão dos idosos institucionalizados em ERPI, da área de abrangência da USP do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende, no sentido de contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz à população idosa institucionalizada, promovendo as ERPI como locais de maior inclusão, que possam responder às necessidades expressas pelas vozes dos próprios idosos. Assim, neste ponto, coloca-se o enfoque nos contributos do estudo para a prática, para a investigação, para a gestão em enfermagem e para a formação. Sem dúvida que este estudo contribuiu para uma nova visão e compreensão das relações e necessidades que o idoso apresenta na área do tema aqui discutido, levantando aqui uma necessidade urgente de desenvolver mais estudos que envolvam a participação deste na procura de respostas aos novos tempos que se aproximam, tendo em conta o aumento do envelhecimento populacional.

No entanto surgiram algumas limitações, que apesar dos constrangimentos causados, foram interpretadas como catalisadores e ensinamentos para futuros estudos. Uma das limitações do estudo foi o limite temporal do processo académico para o estudo que foi desenvolvido. O tempo que mediou entre os pedidos de autorização à comissão de ética, assim como às instituições a serem envolvidas, e as respostas com as autorizações dos mesmos fez com que alguns processos tivessem de ser acelerados, nomeadamente o tempo disponibilizado para proceder às entrevistas com os próprios idosos, que naturalmente necessitam de mais tempo para processar e responder às questões colocadas.

Outra barreira colocada foram os horários possíveis para o procedimento dos questionários aos idosos, sendo estes bastante limitados, tendo estas de ser marcadas conforme as dinâmicas e horários de funcionamento das próprias ERPI, não podendo ainda colidir com horários de visita. Também a atual situação pandémica restringiu bastante o acesso aos locais possíveis, dificultando a marcação de datas devido a surtos e a execução dos protocolos referentes a este.

A própria leitura dos inquéritos aos idosos, requerem tempo para que estes possam compreender a questão que lhes é realizada, esclarecendo cada item questionado, de forma a obter uma resposta fidedigna. No entanto, foi percebida uma necessidade de prolongação do diálogo por parte dos entrevistados, na procura de divagar para assuntos mais pessoais, que de forma a não ofender suscetibilidades tiveram que ser subtilmente contornados.

Ao longo da pesquisa efetuada durante o estudo, constatou-se que existe um reduzido número de estudos em Portugal que avaliam o real nível de solidão nos idosos institucionalizados. É importante sensibilizar todos os profissionais de saúde, que trabalham nestas instituições, para a necessidade de compreender a importância de identificar este sentimento nos idosos institucionalizados, prevenindo todas as complicações que possam advir deste, promovendo um processo de transição mais inclusivo, favorável e compatível a cada idoso. Em conversas casuais, foi referido várias vezes pelos idosos uma vontade de realizar mais passeios, convívios, atividades de lazer e lúdicas (dança, ginástica, trabalhos manuais, etc.), bem como a construção de relações intergeracionais, assim como uma maior presença dos seus familiares, sendo na opinião destes, uma forma de diminuir o seu sentimento de solidão e isolamento.

Nesta perspetiva, e partindo do princípio de que a enfermagem se caracteriza pelo cuidado ao ser humano, percebeu-se a necessidade de realizar este estudo, a fim de

aprofundar os conhecimentos acerca da solidão na terceira idade e contribuir para uma maior conscientização perante a família e a sociedade na garantia do bem estar e convívio social da pessoa idosa (Freitas et al., 2016; Almeida et al., 2019). O EEEEC em enfermagem comunitária e saúde pública deve aprofundar estudos nesta área, criando uma relação de parceria mais ativa com estas instituições, procurando em conjunto respostas adequadas e assertivas, de encontro às necessidades identificadas (Melo, 2020).

3.6 - CONCLUSÃO

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável, é assumida, indiscutivelmente, como o caminho a seguir para dar resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Foi o partir deste pressuposto, que, entre os objetivos delineados para o estudo, insurgiu a necessidade de compreender o que os enfermeiros consideram ser um envelhecimento ativo e caracterizar o seu papel no que concerne à sua promoção, junto ao idoso institucionalizado. É fundamental sensibilizar a comunidade científica e os profissionais de saúde, para a necessidade de realizar investigações com conceções mais robustas e a utilização de instrumentos de medição validados, que examinem a eficácia das intervenções na redução da solidão e do isolamento nas pessoas idosas institucionalizadas, a fim de preservar o seu bem-estar psicológico, físico e emocional. Torna-se fundamental planejar intervenções para reduzir a solidão e o isolamento nos idosos, como por exemplo, oferecer-lhes atividades preferencialmente de grupo que, além de ocuparem o seu tempo, os façam sentir-se úteis e valorizados pela família e pela sociedade. É importante que essas atividades possam gerar sentido e propósito nas suas vidas. Além disso, ao permitir a sua participação no planeamento das atividades, ativa-se o seu *empowerment*, ou a sensação de controlo percebido sobre as suas vidas, o que contribui para a prevenção de sentimentos de solidão.

Na minha opinião, e com base na bibliografia disponível que serve de conclusão para este ponto, chegou o momento de melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de assistência e os recursos comunitários ao alcance para oferecer à pessoa idosa um catálogo de ofertas que o ajudem a melhorar tanto a sua socialização como a sua funcionalidade, prevenindo ou tratando a fragilidade física, cognitiva e social. Este catálogo deve ser atrativo, sustentável e eficaz, e os próprios implicados, devem

participar ativamente na concepção, elaboração, avaliação e melhoria contínua dos seus programas. A procura de parcerias multisectoriais, podem ajudar na construção deste catálogo, sendo fulcral apostar em acordos mútuos com as várias instituições disponíveis nas comunidades, tal como atividades parceiradas com as respetivas Câmaras Municipais, Centros Sociais e Recreativos, Centros de Dia, Instituições de Voluntariado, entre outras, que possam promover um leque de atividades que ofereçam atividades incitantes e favoráveis a estímulos físicos, cognitivos, sociais e emocionais do idoso, contribuindo para a diminuição do sentimento de solidão. Algumas atividades, tais como encontros semanais em centros sociais ou lares da terceira idade onde se realizem atividades relacionadas com arte (pintura, artesanato popular, teatro, coro, etc.), informática, exercício físico, etc., com o objetivo de apresentar uma oferta ampla de atividades que ofereçam a possibilidade de um contacto social ativo e participativo às pessoas idosas, principalmente às que se encontrem socialmente isoladas.

É fundamental trazer a voz destes idosos e compreender quais as suas necessidades, sentidas e expressas, no sentido de dar oportunidade a estes de terem um papel ativo na sociedade, mas fundamentalmente, no seu sentido de vida.

Cabe ao EEEEC na área da saúde comunitária e saúde pública, participar mais ativamente em programas de auditoria e projetos de investigação, que monitorizem o estado de saúde físico e mental destes idosos institucionalizados. Assegurar uma vigilância mais eficaz destes, que fazendo parte da sua comunidade, e que assumindo os termos do regulamento de competências deste enfermeiro especialista, devem ser considerados alvo de prioridade, estudo e intervenção nas suas práticas diárias.

**4 - PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
COMUNS E ESPECÍFICAS**

4.1 PROCESSO FORMATIVO ACADÉMICO E CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

Os cuidados de saúde assumem hoje, e cada vez mais, uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange os profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Mais que uma mais valia para a sociedade portuguesa, a formação de enfermeiros especialistas permite a estes um maior grau de qualificação, que se irá traduzir numa prestação de cuidados com maior qualidade e eficiência, que baseados em evidência científica, procuram cada vez mais, valorizar a prática da enfermagem (Silva et al., 2018).

Assim, é irrefutável reconhecer a importância que todo o processo e percurso académico possui, no desenvolvimento de conhecimentos e competências necessárias, que permitem ao profissional ficar mais habilitado e qualificado para os contextos profissionais, cada vez mais exigentes, onde a inovação, a criatividade, a competitividade e a necessidade de mudança são uma constante. Neste sentido, a formação académica deverá ser sempre encarada como uma oportunidade de evolução, que acaba por levar à execução de um trabalho de excelência, contribuindo assim, não só para a valorização pessoal do estudante, como também para o desenvolvimento e a diferenciação na sua profissão (Luciana, 2016; Oliveira, et al., 2016).

Foi notório todo o esforço colocado pelos vários professores envolvidos neste desafiante percurso, para assegurar que todas os conteúdos curriculares fossem de encontro às necessidades formativas, permitindo uma construção de conhecimentos mais robusta e compatível com as características únicas de cada estudante. Desde as unidades curriculares teóricas, passando pelos vários seminários e estágios de prática clínica, todos contribuíram para a aquisição de competências nos domínios científico, técnico, humano relacional, comunicacional e reflexivo, que permitiram compreender todas as competências, responsabilidades e obrigações que o EEEC exige. Em concordância com os critérios definidos pela OE (Lei nº 156/2015, 2015), o meu percurso académico permitiu a partilha e intercâmbio de ideias, experiências e aquisição de conhecimentos científicos, que contribuíram para o alcance das competências exigidas.

Através do ENP foi possível agregar todos os conhecimentos adquiridos previamente, e utilizá-los como um todo, em ferramentas indispensáveis no decorrer

desta etapa final, permitindo uma solidificação de habilidades e aprendizagens, que foram de extrema importância, não só no contributo para a carreira profissional, mas também pessoal. Não restam dúvidas da grande importância deste no processo de formação, e que essa experiência é um ponto-chave para o desenvolvimento de profissionais mais qualificados (Bolhão, 2013). Assim, a prática clínica tem um papel imprescindível no desenvolvimento de competências e na produção de saberes, sendo que, “A importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos: a prática clínica e o trabalho com o doente permitem desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via” (Abreu, 2003, p. 153).

4.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista (EE) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, integrando os vários domínios de competências (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios de competências, designadas de domínios das competências comuns, sendo elas a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão de cuidados, e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (ibidem). Ao longo do ENP, assim como no decorrer de todo o trajeto académico, foram asseguradas o desenvolvimento destas competências de forma reflexiva e atenta aos seus enquadramentos, que complementam as competências específicas do EEEC.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi assegurada uma prática profissional, ética e legal, sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, praticando cuidados e tomando decisões, que respeitassem sempre os direitos humanos de todos os envolvidos, de forma profissional.

Com a crescente preocupação relativamente às questões éticas presentes em qualquer instituição ou serviço de saúde geridas pelas Comissões de Ética (Decreto-lei 97/95, 1995), consequência dos constantes avanços farmacológicos e tecnológicos, é importante que o enfermeiro se atualize regularmente destas diretrizes, de forma a garantir o respeito pela vida e a dignidade humana na saúde e na doença dos utentes (Lei n.º 156/2015, 2015).

Em todas as atividades e procedimentos executados durante o estágio, foi assegurada uma prática de enfermagem baseada nos princípios deontológicos da profissão, tendo sempre em presente os deveres da não discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, a transmissão de informação, assegurando o sigilo profissional e a confidencialidade, o respeito pela intimidade e privacidade, e a humanização na prestação de cuidados (Decreto-Lei nº104/98, 1998). Considero ter respeitado, de forma holística, todos os utentes e profissionais envolvidos durante este processo, procurando não lhes causar qualquer dano moral, sensação de insegurança ou constrangimento, ou falta de respeito, salvaguardando a imagem do profissional de enfermagem. Durante a realização da colheita de dados para o estudo desenvolvido neste estágio, foi assegurado a todos os participantes uma entrevista em contexto privado, com a garantia que toda a informação adquirida seria eliminada, dois meses após a realização do estudo, respeitando a integridade e segurança destes (Decreto-lei 97/95, 1995).

No que diz respeito ao domínio da melhoria contínua da qualidade, esta pretende que o enfermeiro especialista promova o desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais e práticas de qualidade, gerindo e participando em programas de melhoria contínua, além de assegurar um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 140/2019, 2019). Para assegurar a qualidade em saúde, o enfermeiro deve assumir uma prestação de cuidados acessíveis e equitativos, num nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a conseguir a adesão e satisfação do cidadão, privilegiando as suas necessidades e expectativas (Despacho n.º 5613/2015, 2015).

O EE participa na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário, trazendo as potencialidades e necessidades pelas “vozes” dos cidadãos, consubstanciadas no diagnóstico de situação, procurando assegurar a qualidade e eficácia das intervenções elaboradas, avaliando sempre quais os ganhos em saúde adquiridos (ibidem). Em linha com o PNS 2021-2030, e o PLS extensão 2020, este coopera com os vários parceiros da comunidade, e com a equipa multidisciplinar, no planeamento e agilização de programas de intervenção, que baseados em evidência científica, procuram dar resposta aos vários indicadores e metas, garantindo sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento nº 140/2019, 2019). Apostar na qualidade, resultará numa melhoria contínua do sistema nacional de saúde, com ganhos a todos os níveis, nomeadamente para os utentes, para as unidades

de saúde, entidades financiadoras e profissionais de saúde (Fernandes, 2012, citado por Marques, 2018).

Um contributo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, é a formação contínua em serviço, que a meu ver, permitem em equipa, a possibilidade de atualização e reflexão de conhecimentos, gerando uma maior oportunidade de discussão e debate entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, sobre necessidades e oportunidades de mudança, alinhando pensamentos e metas. Através da partilha de um estudo sobre a Diabetes tipo I em contexto escolar, fruto de um projeto de investigação e intervenção comunitário, realizados nos estágios anteriores, tive oportunidade de demonstrar aos restantes elementos da unidade, qual o nível de conhecimentos sobre a Diabetes *Mellitus* tipo I dos docentes e não docentes, inseridos no agrupamento escolar da área de abrangência da UCC de Barcelos Norte, com a finalidade de qualificar e harmonizar os cuidados às crianças portadoras dessa patologia. Com isto, foi possível demonstrar o peso da investigação na procura de dados concretos que ajudem o EE a compreender quais os pontos onde pode melhorar, ou até, comprovar se as atuais medidas em execução, estão a ser eficazes e eficientes. No final da sessão, foi possível refletir e debater o tema, com os restantes elementos, criando uma linha de pensamento comum a novos projetos a poderem ser concretizados, em equipa. Compreendi que o EE, tem um papel fulcral na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, analisando as necessidades de mudança na prática clínica, identificando os conteúdos a serem refletidos, e promovendo a utilização do conhecimento proveniente da formação em serviço. Sem dúvida que esta permite a atualização de conhecimentos em contexto de trabalho, de forma dinâmica e envolvendo todos os intervenientes (Relvas, 2018).

Também as reuniões de serviço se mostraram como uma excelente oportunidade de reflexão. Relativamente à unidade onde realizei o meu estágio, tive a oportunidade de perceber que a instituição se encontra numa fase de reestruturação e reconfiguração de dinâmicas de funcionamento e da própria cultura organizacional, ajudando a percecionar de forma direta o desenvolvimento destes processos.

Pude assistir a um investimento na promoção da interação e comunicação mais ativa entre os vários elementos, com vista à concretização de projetos e a resposta mais eficientes e eficazes às necessidades e problemas das pessoas, famílias e comunidade.

Também pelos registos de enfermagem, o EE assegura a continuidade de cuidados e a avaliação da qualidade dos mesmos. Tanto os registos, como as publicações nesta área, aumentam a valorização do trabalho de enfermagem, dando ainda mais relevo e

ênfase a esta profissão (Figueiredo & Sousa, 2021). Estes, permitem-lhe refletir, sustentadamente, sobre a sua tomada de decisão relativamente aos cuidados planeados, às intervenções de enfermagem acordadas e efetuadas, assim como os resultados alcançados (Esteves, 2020), contribuindo de forma circunstancial para a gestão, formação, investigação e produção de indicadores essenciais para a tomada de decisões políticas (OE, 2007). Devido à falta de recursos humanos, não foi possível assistir aos programas de vigilância direcionadas às auditorias a algumas instituições de saúde, mas em espaços/tempos de reflexão com a enfermeira orientadora e outros elementos da equipa, foi possível compreender a importância destas, com a presença de um EE, mais propriamente, do EEEEC, que através da exigência da parametrização de critérios de segurança, colabora na implementação de medidas que procuram garantir as necessidades e a satisfação de todos os envolvidos, fomentando um espírito de adesão conjunta entre utentes e profissionais, na prevenção de incidentes ou danos (Regulamento nº 140/2019, 2019).

No domínio da gestão dos cuidados, o EE gere cuidados de enfermagem, mediante a otimização das suas respostas e da equipa multidisciplinar, assim como adequa a sua liderança e gestão de recurso de acordo com as situações e contextos, no sentido de assegurar a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019). Durante o estágio foi possível perceber, que o EE é mais que um elemento de equipa central nas vias de comunicação entre os vários elementos do grupo, sendo este que suporta a função de membro orientador e coordenador dos projetos, participando na delegação e implementação dos métodos de trabalho, adequando-os a todos os envolvidos. Este detém uma capacidade de negociação e argumentação, que baseados na evidência científica, lhe permitam gerir termos importantes em situações complexas, assegurando o sucesso do projeto em que se envolve (Regulamento nº 140/2019, 2019).

É importante compreender que não existe um estilo de liderança, mais ou menos, vantajoso em detrimento de outro, sendo que todos apresentam vantagens e desvantagens, dependendo dos contextos e da finalidade. Um líder eficaz adequa o seu estilo de liderança às circunstâncias que se depara, de acordo com as necessidades do grupo e tarefas a serem concluídas (Pinto, 2020). Uma boa liderança numa equipa, não se define pelo cargo ou poder pessoal, mas sim, pelo processo colaborativo que leve a um aumento da coesão, da satisfação e de níveis superiores de desempenho (ibidem). Durante os vários estágios, foi possível perceber, que nas várias áreas funcionais da USP, existe um EEEEC com o papel de gestor, dos vários programas contemplados, e

que este, é sem dúvida um contributo e elemento fundamental e vantajoso na equipa, pois este enfermeiro garante e assume a funcionalidade, operacionalidade e avaliação do seu programa, zelando pela sua correta execução e sucesso. Devido à falta de recursos humanos, este acumula demasiadas funções, não sendo possível delegá-las a outros elementos da mesma especialidade, resultando num atraso de apresentação de resultados (Exemplos: atraso no tratamento de dados, na realização de relatórios, alargamento de prazos, entre outros). Mesmo com o excesso de funções que este apresenta, pelas razões referidas anteriormente, pude observar que este procurou sempre responder adequadamente aos objetivos exigidos, através de um notório esforço pessoal, sentido de responsabilidade para com a sua comunidade e um estilo de liderança perseverante e motivador. Sem dúvida que a pandemia veio levantar várias fragilidades já existentes no Serviço Nacional de Saúde, mas a falta de enfermeiros nos cuidados de saúde primários, foi garantidamente, uma delas (Jornal de negócios, 2020; Público, 2022; Pires, 2020).

Também a constante preocupação na racionalização dos custos tem forçosamente proporcionado uma crescente inquietação com a eficiência na área da saúde, não apenas em Portugal, mas também em toda a União Europeia (Colombo, 2018), obrigando o enfermeiro EEEC a assegurar uma prestação de cuidados com qualidade a um custo sustentável (André, 2020). Percebi desta forma que todos os enfermeiros envolvidos nos programas são avaliados não apenas pelos ganhos em saúde, mas pelos recursos utilizados para os obter.

De uma forma geral, através das várias atividades realizadas, pude colaborar na liderança da equipa, nomeadamente, na gestão de conflitos, no apelo à produtividade, na motivação/satisfação dos profissionais e na valorização dos cuidados de qualidade. Em termos pessoais, sem dúvida que me permitiu desenvolver ainda mais a minha capacidade de resiliência e versatilidade.

Finalizando com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e assertividade, bem como a prática de cuidados especializados fundamentados em evidência científica (Regulamento nº 140/201, 2019). O enfermeiro especialista, procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei nº156/2015, 2015). Em opinião pessoal, confesso que esta competência já se encontrava pré adquirida, pela sua indiscutibilidade. A base, e evolução da enfermagem, dependem da sua prática baseada

na evidência, sendo fundamental a renovação contínua de conhecimentos e reflexão crítica ao longo de toda a carreira de enfermagem (Thompson e Learmonth, 2002, citado por Pereira, 2016). Durante todo o percurso acadêmico, mas principalmente durante os estágios clínicos, foi necessário refletir e ponderar criticamente cada decisão tomada, tanto na realização da prática de cuidados, como na elaboração de qualquer procedimento. Sem dúvida que uma decisão baseada na evidência, deve ter em conta a experiência clínica, os recursos disponíveis, a evidência pela investigação e preferências do indivíduo (ibidem). Assim, para dar resposta às inúmeras exigências que foram surgindo, investi afincadamente na pesquisa bibliográfica, imprescindíveis para o aumento do meu sentimento de segurança e assertividade. Durante a colaboração com a restante equipa da USP, na realização de um projeto de investigação sobre saúde mental, foi possível compreender a importância da construção de uma base sólida de fundamentação teórica, que sustente as propostas apresentadas pela parte de enfermagem, de forma a demonstrar o seu importante contributo neste tipo de projetos.

Referir por último, que a gestão de conflitos, ganhou um contexto bem diferente daquele que habitualmente conhecia em contexto hospitalar. Nestes contextos clínicos, esta requer uma abordagem mais dinâmica e política, obrigando ao desenvolvimento de estratégias de negociação mais complexas e altamente ponderadas.

De ressaltar, que os vários momentos de reflexão com a orientadora pedagógica e a enfermeira orientadora, foram de extrema importância para o desenvolvimento desta competência.

4.3 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O EEEEC na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, possui várias competências específicas, que lhe permitem uma elevada capacidade de responder de forma adequada às necessidades dos indivíduos, grupos ou comunidades, assim como desenvolver projetos de intervenção que visam incentivar a capacitação e empoderamento destas. Este, procura, em proximidade, compreender os problemas inerentes a uma determinada comunidade, através do entendimento e do envolvimento profundo com a mesma. Assim, visto que este trabalha diretamente na comunidade, para a comunidade, mas sobretudo, com a comunidade, acaba privilegiado na aquisição de informação preciosa para a avaliação do estado de saúde da mesma, com base na

metodologia do planeamento em saúde, elaborando diagnósticos, estabelecendo prioridades em saúde, formulando objetivos e estratégias face à priorização apresentada, elaborando programas e projetos de intervenção, avaliando os mesmos com vista à resolução dos problemas identificados (Regulamento n.º 428/2018).

4.3.1 Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

A Lei de Bases da Saúde, numa abordagem de saúde pública, delinea como prioritário o investimento na melhoria do planeamento e avaliação da saúde em Portugal, considerando como um dos principais fundamentos da política de saúde, o Plano Nacional de Saúde, assim como os Planos de Saúde Regionais e Locais (Decreto-Lei n.º 52/2022, 2022).

O planeamento em saúde, é um processo contínuo e dinâmico, constituído por várias etapas (diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação), que visa um estado de saúde equitativo e eficiente, através da promoção da saúde e da prevenção, cura e reabilitação da doença (Imperatori & Geraldès, 1986).

Este processo é fundamental no sentido de identificar e conhecer a atual situação de saúde e de doença de uma determinada comunidade, identificando, priorizando e intervindo nos problemas detetados, através de abordagens integradas que utilizem e potenciem sinergias existentes. Desta forma, será possível adequar e direcionar os escassos recursos nos sistemas de saúde, de forma eficaz e eficiente, que baseados em evidência científica, procurem responder atempadamente e adequadamente, às necessidades da sua comunidade (Administração Regional de Saúde do Norte, IP, s.d.).

A baixa natalidade, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas, e mais recentemente, a pandemia por Covid-19, vieram (re)despertar para as várias fragilidades que o nosso Sistema Nacional de Saúde atravessa, sendo que esta última exigiu um esforço humano e financeiro mais elevado, colocando à prova a sua sustentabilidade. Paralelo a este fator, mantém-se o sistemático aumento do país nas despesas em saúde, a um ritmo superior ao do crescimento da economia, pautando ainda mais a importância de uma eficaz aplicação da metodologia do planeamento em saúde (Silva, 2020).

Assim, o planeamento em saúde apela a uma mudança de comportamentos da população, podendo esta ser uma dificuldade, dependendo da complexidade da mudança que se pretende (Imperator & Gerald, 1986), ressaltando mais uma vez a importância de identificar as características da comunidade, assim como os seus valores socioculturais, de forma a elaborar um conjunto de propostas de ação, que garantam a sua exequibilidade, tendo em consideração as capacidades de todos os envolvidos (Teixeira et al., 2010). Em complemento, a realização de um mapeamento de ativos da comunidade, permitem compreender qual a situação financeira, social, física e ambiental desta, direcionando as estratégias de promoção da saúde em complementaridade com as reais necessidades da sua comunidade (Laverack, 2014).

O PNS 2021-2030 (Portugal, 2021a) reforça a necessidade de assegurar, mas principalmente, de antecipar e investir numa maior qualidade no planeamento em saúde, assegurando respostas mais eficientes, mas também mais sustentáveis e adequadas, indo de encontro às reais necessidades identificadas nas comunidades, população e planeta, que garantam a qualidade e sustentabilidade, do planeamento e governação em saúde, do nível nacional ao local, visando também, a redução das iniquidades em saúde. Deste modo, indo de encontro às linhas orientadoras do PNS, em congruência com o modelo estratégico de planeamento em saúde (Portugal, 2021a), e do PLS (Portugal, 2016), o EEEC mede os problemas de saúde e as determinantes de saúde, da sua comunidade, identificando as suas necessidades e recursos, que lhe permitirá a realização de uma hierarquização de prioridades de problemas, para uma formulação mais eficaz de objetivos e estratégias de intervenção, com vista à resolução dos problemas identificados. Posteriormente, e tendo em vista a quantificação dos ganhos em saúde provenientes dos seus projetos de intervenção, este procede a uma avaliação dos mesmos (Regulamento nº 428/2018).

Tendo em conta o aumento da esperança de vida, o envelhecimento demográfico da população portuguesa e a importância da promoção do envelhecimento saudável (Portugal, 2021a), realizei um estudo para identificar o nível de solidão nos idosos institucionalizados em ERPI, da área de abrangência da USP de Barcelos, com a finalidade de elaborar um diagnóstico de situação sobre os idosos da comunidade onde me encontrava inserida, sendo os resultados deste já referidos no capítulo anterior.

Também num estágio anterior, realizado numa USP, visando a prevalência das doenças crónicas, como a *Diabetes Mellitus* (Portugal, 2021), realizei um estudo, no âmbito da saúde escolar, para perceber qual o nível de conhecimentos sobre a *Diabetes*

Mellitus tipo 1, dos docentes e não docentes, dos agrupamentos do parque escolar da área de abrangência da UCC Barcelos, assim como os encarregados de educação das crianças portadoras de Diabetes Mellitus tipo 1, do mesmo agrupamento. Neste estudo percebeu-se que existia um nível mediano de conhecimentos, no entanto este encontrava-se bastante mais elevado nos encarregados de educação das crianças. Após uma observação mais pormenorizada, foi possível identificar algumas necessidades expressas e sentidas pelos docentes e não docentes, que permitiram a elaboração de um projeto de intervenção no estágio seguinte. Este estudo não se encontra em anexo neste relatório, para evitar a sua extensão, no entanto poderá ser facultado para verificação de toda a informação, se solicitado.

No âmbito de conhecer e explorar a funcionalidade do Observatório de Saúde, e sendo este um conceito novo para mim, pude compreender a sua importância na identificação e caracterização das comunidades, como estruturas que pretendem de forma regional, traçar um retrato geral da sua população, monitorizando o seu estado de saúde e identificando as suas necessidades. O Observatório Regional de Saúde, baseando-se na melhor evidência e assentando em critérios de qualidade que lhe confirmam maior rigor e robustez, traça um perfil de saúde de uma determinada região, através da monitorização do estado de saúde da população e seus determinantes, constituindo-se assim, como um instrumento de apoio à tomada de decisão técnica, político/estratégica, organizacional, da comunidade, no sentido de melhorar a sua saúde e reduzir as desigualdades (Portugal, s.d.). Participando em reuniões de serviço, pude assistir e contribuir para a criação de estudo que pretendia compreender o nível de saúde mental dos adolescentes da comunidade escolar de todas as escolas da região norte, visando identificar a presença de comportamentos aditivos e a presença de níveis de ansiedade. No entanto pelo limite temporal do estágio, não foi possível acompanhar a evolução do projeto, contribuindo apenas com um esboço de um desenho de estudo. Importa produzir evidência nesta área e que a mesma permita progressivamente investir em abordagens centradas na perspetiva salutogénica, nos termos propostos por Antonovsky (1979).

Também em linha com o Observatório Regional de Saúde e seguindo as indicações do PNS, pude conhecer o *Childhood Obesity Surveillance Initiative World Health Organization Regional Office for Europe*, um sistema de vigilância de obesidade infantil europeu, que compara dados entre os países da união europeia, permitindo harmonizar a informação disponível sobre este tema (Portugal, s.d.). Apesar

da taxa de prevalência da obesidade infantil ter diminuído nos últimos anos (Portugal, 2021), continua a ser um fator de preocupação, que não pode ser negligenciado, daí ter participado na monitorização do estado nutricional infantil (monitorização do peso infantil) contribuindo para a caracterização e identificação da obesidade infantil, assim como a deteção de grupos de crianças em risco.

Neste contexto, releva-se, assim, um reconhecimento no necessário aprofundamento e continuidade no investimento da complementaridade e articulação entre unidades funcionais dos ACES, designadamente entre USP, UCC e USF/UCSP, para que as pessoas, famílias e comunidades se constituam autores e atoras qualificadas na construção dos seus projetos de saúde.

4.3.2 Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Na primeira conferência internacional para a promoção da saúde, que decorreu em Ottawa em 1986, surgiu a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, onde se definiu este conceito como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades de controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para isto, é fundamental que os indivíduos ou grupos, estejam conscientes das suas aspirações, das suas necessidades, dos seus direitos e deveres como cidadãos, e tenham acesso aos recursos e condições que lhes permitam modificar os seus comportamentos em direção à saúde e ao bem-estar procurando inculcar, cada vez mais, uma visão mais salutogénica, descentrada da doença (WHO, 1986). Desta forma, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como um objetivo de vida.

A Carta de Ottawa (1986) sublinha ainda, que os Cuidados de Saúde Primários se encontram numa situação privilegiada, na obtenção da “Saúde para todos”, sendo a promoção e a proteção da saúde das pessoas e populações, consideradas como uma condição essencial para o desenvolvimento económico e social sustentável, contribuindo para aumentar a qualidade de vida e a paz mundial (Nunes, 2011). Deste modo, propõe uma visão de saúde e bem estar, através da promoção da literacia e do empoderamento das pessoas e comunidades, dando a estes mais autonomia e responsabilização, para a consciencialização de tomarem decisões acertadas e informadas, compatíveis às suas reais necessidades, sobre os fatores determinantes de saúde (ibidem).

O PNS 2021-2030, ressalva a importância de um maior investimento nas parcerias entre Cuidados de Saúde Primários e stakeholders, trabalhando em conjunto na dinamização e coordenação de iniciativas e ações inter e multisectoriais promotoras de saúde, orientadas pelas necessidades e prioridades de saúde identificadas ao nível local/subnacional. Como exemplo, os Municípios têm se demonstrando como uma ótima parceria na realização de estratégias e elaboração de projetos direcionados à promoção da saúde local, influenciando políticas de saúde e criando relações de maior proximidade com as comunidades (Portugal, 2021a). No entanto, durante o ENP, através da observação nas reuniões de serviço, pude compreender que estas parcerias requerem uma capacidade de negociação e estratégias de comunicação muito bem ponderadas, procurando destacar os benefícios de todos os envolvidos, mas nunca negligenciando a posição de cada um.

O PNS 2021-2030, enfoca ainda como ponto estratégico, a valorização da participação e do compromisso das pessoas (individual ou coletivo), como ponto fulcral na concretização do Plano Estratégico de Saúde de base populacional (ibidem), dando voz, mas acima de tudo, responsabilidades à pessoa e comunidade, num processo de cocriação, participação e integração (ibidem). No âmbito do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019- 2021, e enquadrado no consórcio europeu WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy, a Direção-Geral da Saúde incentiva à importância da implementação de programas de promoção da literacia em saúde na população portuguesa, ressaltando a importância de cada cidadão desenvolver competências cognitivas e sociais, assim como a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde. Assim, é fulcral enfatizar o conhecimento, a motivação e as competências de cada indivíduo, como ferramentas essenciais para uma boa compreensão da própria informação em si (Portugal, 2021c). Em linha com a competência do EEEC, este deve desenvolver estudos e programas de monitorização, que permitam avaliar o nível da literacia em saúde da sua comunidade, constituindo assim, um ponto base para o planeamento de intervenções de saúde para melhorar esta, assim como a saúde da população, bem como para a fundamentação de políticas de saúde direcionadas às características específicas da população.

A Enfermagem Comunitária constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde à pessoa e comunidade (Regulamento no 428/2018), sendo uma competência do EEEC, desenvolver estratégias para capacitar a sua

comunidade, criando respostas adequadas a esta, tendo em conta as suas determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais (Laverack, 2014), visando a consecução de projetos de saúde coletivos (Regulamento no 428/2018). Observando as unidades de competência do EEEC, podemos afirmar que este centra a sua atenção na gestão da comunidade, em três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário, visando a promoção da saúde das populações e contribuindo para o exercício da cidadania (Melo et al., 2018).

Através das atividades desenvolvidas durante este estágio, foi possível compreender de que forma o EEEC executa esta competência, recorrendo às estratégias definidas pela Carta de Ottawa, defendendo os interesses da saúde pública em face de outros interesses (advocacia), promovendo a literacia e a capacitação das pessoas, grupos e comunidades, para que sejam capazes de fazer escolhas promotoras da saúde (capacitar) e promovendo a colaboração com outros sectores, estabelecendo parcerias que contribuam para criar condições de vida mais favoráveis à saúde (mediar) (WHO, 1986; Nunes, 2011).

No prévio estágio de enfermagem comunitária, e em seguimento dos resultados do estudo realizado sobre o nível de conhecimentos dos docentes e não docentes do agrupamento do parque escolar da UCC Barcelos, foi realizado um projeto de intervenção direcionado à amostra em estudo, dando resposta às necessidades previamente identificadas. Foram realizadas várias atividades (sessão de formação, elaboração de um protocolo de atuação em hipoglicemia grave, criação de vídeos demonstrativos de administração de glucagon), que visaram a capacitação do grupo em estudo, sobre os conhecimentos da Diabetes *Mellitus* tipo 1, assim como a uniformização de atuação, em caso de hipoglicemias graves.

Assumindo um PNS mais inclusivo e objetivando a redução das iniquidades em saúde (Portugal, 2021a), e visando a mobilização e integração de conhecimentos na comunidade, foi realizada uma sessão de educação para saúde, sobre alimentação saudável, numa comunidade de refugiados paquistaneses, com o objetivo de promover ferramentas e conhecimentos alimentares saudáveis a estas comunidades mais vulneráveis, na finalidade de uma aproximação a estas, que apresentam culturas e hábitos alimentares tão diferentes dos portugueses. Foi bastante gratificante ver o genuíno interesse e participação deste grupo, na procura de uma alimentação mais saudável e adaptada aos recursos neste país onde agora residem.

O EEEEC compromete-se ainda na gestão de informação em saúde aos grupos e comunidades, identificando necessidades específicas de informação, disponibilizando esta através de métodos inovadores que promovam a procura desta por parte da própria comunidade, tendo em atenção as suas características (Regulamento no 428/2018). Para isso, não podemos negligenciar a importância da comunicação em saúde, como ferramenta essencial para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde (Teixeira, 2004; Portugal, 2019). É fundamental investir em meios, recursos e metodologias inovadoras, para informar com rigor, objetividade e criatividade, formas de promover a literacia em saúde nos cidadãos (Portugal, 2019). Sem dúvida que nos últimos anos o Sistema Nacional de Saúde tem investido em estratégias de comunicação, mais recentemente, de forma digital, apostando no rigor e na transparência da informação, através de várias plataformas que permitam a todos os cidadãos aceder a múltiplos dados sobre a saúde da sua comunidade e do país, numa tentativa de maior proximidade, mas também como oportunidade de maior divulgação e sensibilização para os atuais problemas e circunstâncias deste (Exemplo: SNS24, “Transparência”, Biblioteca de Literacia em Saúde, entre outros.) (ibidem).

Num sentimento de empenho, transparência e compromisso para com a comunidade, realizei dois artigos para publicação no jornal local. O primeiro artigo sobre os resultados do estudo realizado no estágio anterior de Saúde Pública (estudo relacionado com a Diabetes *Mellitus* referido anteriormente), partilhando esta informação sobre a comunidade, para a própria comunidade, divulgando e publicitando o trabalho que é elaborado nas unidades de saúde primárias, apelando ainda à sua sensibilização para questões tão importantes e atuais, como as patologias crónicas. O segundo artigo com o tema da saúde mental positiva nos idosos. Tendo em conta o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida, os dados atuais sobre os anos de vida saudáveis (Portugal, 2021; Loureiro, 2019; OM, 2017; Alves, 2016; Rogado, 2020) e algumas informações que me fui deparando ao longo do desenvolvimento de pesquisa do meu estudo sobre os idosos institucionalizados, pareceu-me pertinente a elaboração de um artigo que transmitisse à comunidade alguma informação sobre este tema tão importante nos dias atuais, e tão necessário para os dias futuros.

4.3.3 Integrar na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Como já referido anteriormente, o PNS, propõe-se como um documento orientador, de carácter participativo, cocriativo, estruturado e integrado, que partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população portuguesa, propõe estratégias de intervenção, com vista ao alcance de objetivos de saúde sustentáveis para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde (Portugal, 2021).

No âmbito do PNS, definem-se Programas de Saúde, que aspiram melhorar a saúde da população ou comunidade, indo de encontro às metas definidas, tanto pelo PNS como pelo PLS (Portugal, 2016). Deste modo, na USP onde realizado este estágio, os programas de saúde encontram-se distribuídos por Áreas Funcionais, sendo elas a Vigilância Epidemiológica (onde se integram o Programa Nacional de Vacinação, o Programa da Vacinação Contra a Gripe Sazonal, o Programa da Tuberculose e o Programa das Doenças de Notificação Obrigatória), a Promoção e Proteção da Saúde Responsável (onde se enquadram o Programa Nacional de Saúde Escolar, o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, Programa Nacional de Promoção em Saúde Oral, Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar, Programa de Monitorização da Obesidade Juvenil), o Planeamento e Administração em Saúde Responsável e a Saúde Ambiental Responsável (destacando-se os programas, nos quais se integram o EEEEC, Programa Local de Saúde Ocupacional e o Programa de Vigilância das Condições de Instalação e Funcionamento de Estabelecimentos de Ação Social⁶).

Em grande parte dos programas, foi possível observar um pouco da dinâmica de desenvolvimento das várias atividades atribuídas ao EEEEC, tal como a monitorização e avaliação dos resultados obtidos nos diferentes programas, elaboração de objetivos gerais e objetivos operacionais, seguindo as orientações “*SMART*” (Portugal, 2016) (sendo os resultados pretendidos no futuro, iguais, ou superiores, aos anteriores, e nunca inferiores), quais as atividades desenvolvidas (identificando como, quem, quando e

⁶ Documento relativo à organização dos programas, definido em ATA de Reunião da Unidade de Saúde Pública, 02/09/2022, que pode ser consultado na USP do ACeS Cávado III – Barcelos/Esposende.

onde), e quais os indicadores utilizados para monitorização e avaliação dos resultados. Tendo a oportunidade de observar as funções diárias do EEEC na área da Saúde Pública, foi possível perceber a importância da correta interpretação e significado dos indicadores, incluindo as suas tendências, para a elaboração de relatórios gerais ou específicos, que devem ser divulgados às entidades competentes, em tempo útil e de forma adequada (Regulamento no 428/2018; Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge [INSDRJ], s.d.), que devido à falta de recursos humanos, se torna um fator de preocupação ao EEEC.

Apesar de ser responsabilização do enfermeiro da USP, a transcrição dos dados obtidos, os sucessos destes programas resultam da união das várias equipas e unidades multidisciplinares (Técnicos Ambientais, Médicos de Saúde Pública, equipa da UCC, Unidades de Saúde Familiar) que asseguram o cumprimento destas metas, através de projetos de intervenção que aspiram, não apenas o atingimento das metas, mas também a obtenção de ganhos em saúde na comunidade, que irão posteriormente influenciar políticas de saúde locais (ibidem). Também é importante referir que apesar da sua tendencial hierarquia, os planos, os programas e os projetos de saúde, encontram-se codependentes entre si, numa missão comum de ganhos em saúde para o seu país ou região, sendo de extremo interesse político e económico a sua correta e constante monitorização e avaliação, na procura de uma gestão de recursos mais eficazes e eficientes, apelando à diminuição do desperdício e, conseqüentemente, sustentabilidade do Sistema Nacional de Saúde (Furtado, 2020; Sena et al., 2006; Costa, 2012).

Através da observação direta destas atividades, com o gestor responsável por cada programa, foi possível compreender todo o processo técnico e burocrático envolvido, assim como o seu desencadeamento. Também pela participação nas reuniões de serviço, com os responsáveis de cada área funcional, e correspondentes gestores de cada programa, foi possível compreender como é transmitida a informação e como esta é essencial para compreender o ponto de situação de cada programa, procurando em equipa, otimizar e debater quais as melhores estratégias a utilizar (Gomes, 2000). Sem dúvida, que a partilha de informação é um ponto central para garantir a continuidade e qualidade dos cuidados (Sousa et al., 2019).

Na área dos programas da saúde escolar, foi possível observar várias atividades, o envolvimento e coresponsabilização das UCC, na promoção da alimentação saudável e higiene oral, em espaço escolar, a crianças e adolescentes, sendo inegável a necessidade do EEEC em encontrar estratégias e ferramentas altamente criativas para

conseguir cativar e sensibilizar estas faixas etárias. Durante o estágio anterior, decorrido na UCC, também foi efetuada uma sessão de formação e um vídeo, direcionados aos docentes e não docentes, do agrupamento do parque escolar da UCC Barcelos, sobre a Diabetes *Mellitus* tipo I (estudo abordado já anteriormente), com a finalidade de promover áreas de conhecimento sobre este tema, clarificar dúvidas existentes, e demonstrar disponibilidade, fomentando relações de maior proximidade entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade (Regulamento no 428/2018).

Referente aos programas da Tuberculose e das Doenças de Notificação Obrigatória, é interessante refletir que o sucesso destes programas não se baseia apenas na tecnicidade da elaboração do plano terapêutico destes, mas na parte humano-relacional (Ramos et al., 2013; Gomes et al., 2012). Nas visitas domiciliárias aos doentes diagnosticados com tuberculose, senti a importância que é para este, sentir o apoio e genuíno interesse da equipa, no acompanhamento da sua evolução clínica. Para assegurar que este cumpra todos os cuidados de tratamento e terapêutica exigida, tanto em contexto domiciliário, como na instituição de saúde. O EEEC assume uma relação de compromisso e dedicação com este, baseada na confiança e parceria, identificando as necessidades únicas de cada doente, procurando em cooperação com este, encontrar as estratégias mais adequadas, para assegurar a sua adesão terapêutica, assim como o bem estar e segurança de todos os familiares e comunidade envolvidos (ibidem).

Através de todas estas atividades, percebi o papel fundamental do EEEC na participação, coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades dos Programas de Saúde, conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde, nunca descurando a importância das atividades de âmbito comunitário como fundamentais para concretização das metas e objetivos (Regulamento no 428/2018). É imprescindível que este analise, interprete e esclareça o impacto das intervenções com os diferentes atores envolvidos (ibidem), criando relações estratégicas de proximidade com os vários *stakeholders* (Portugal, 2021), que promovam o sucesso dos programas de saúde locais e regionais, através de uma utilização responsável e sustentável dos recursos existentes, mas nunca perdendo, a meu ver, a missão central do Sistema Nacional de Saúde, na diminuição das iniquidades em saúde (Portugal, 2016; Portugal, 2021).

4.3.4 Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

O aparecimento de novas doenças transmissíveis (exemplo: vírus SARS-CoV-2) (Entidade Reguladora da Saúde, 2020; Sakellarides et al. 2020) e a reemergência de outras que se supunham controladas (exemplo: Monkeypox, Legionella, Tuberculose, Sarampo, entre outros) representam um desafio para a saúde pública (Portugal, 2022a; Quercus, 2021; Lusa, 2022).

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento de análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença (Regulamento no 428/2018), contribuindo para a identificação das necessidades não satisfeitas no que respeita a indicadores de saúde e de doença da população, e respetivos determinantes, nomeadamente no domínio das doenças transmissíveis e não transmissíveis, e suas determinantes, assim como as suas consequências (INSDRJ, s.d.). Partindo das necessidades de investigação em epidemiologia, e sua respetiva prioridade, de acordo com as orientações estratégicas nacionais e internacionais (ibidem), o EEEC colabora no desenvolvimento de modelos conceituais e técnicas estatísticas, destinados à elaboração de previsões, projeções e cenários sobre o estado de saúde e doença da população ou comunidade, identificando situações ou eventos que possam vir a afetar de forma potencialmente grave a saúde destes, (Regulamento no 428/2018). Cabe-lhe ainda, participar na promoção da criação e validação, de novas redes e instrumentos de vigilância epidemiológica, e observação em saúde, de modo a garantir a colheita de dados para fins de monitorização, investigação, vigilância epidemiológica, que baseados na melhor evidência científica, possam fornecer uma previsão de eventos e seus efeitos (ibidem; INSDRJ, s.d.). Em Portugal, apesar do nível de incidência de algumas doenças, tal como a tuberculose e o vírus da imunodeficiência humana adquirida, se apresentarem numa tendência decrescente, continuam ainda com valores acima da média europeia (Portugal, 2021), apresentando-se ainda como um foco de preocupação, justificando a vigilância epidemiológica como uma das áreas de intervenção prioritárias (Administração Geral de Saúde do Norte, s.d.).

Durante o estágio pude observar que grande parte dos cidadãos que recorriam à vacinação e tratamento da Tuberculose, eram cidadãos estrangeiros. Tendo presente que o fenómeno das migrações tem um impacto crescente na epidemiologia local da Tuberculose, com especial relevância na Europa Ocidental, é vital a implementação de medidas específicas de vigilância, controlo, prevenção e promoção da saúde nestas comunidades (Nunes et al., 2017).

Um dos instrumentos que tive a possibilidade de observar, foi o SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica), uma plataforma digital, que permite, em tempo real e em rede de âmbito nacional, notificar a ocorrência de uma doença transmissível à autoridade de saúde local, apresentando de imediato as medidas a ser implementadas na prevenção e controlo, limitando a disseminação da doença e a ocorrência de casos adicionais. Funciona ainda como um instrumento para a monitorização contínua da ocorrência das doenças transmissíveis de declaração obrigatória em Portugal, traduzindo-se num sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a estas e outros riscos, elaborando planos de contingência face a situações de emergência ou calamidade pública (Portugal, s.d.). Observei que cada notificação contém dados referentes ao paciente que originou a notificação (nome, data de nascimento, residência, informação clínica e análises laboratoriais), sendo esta de extrema importância para os procedimentos de atuação relativos à doença, mas nunca com prejuízo do disposto, no regime de proteção de dados pessoais e confidencialidade de informação (Lei nº 81/2009, 2009).

O Programa Nacional de Vacinação, assim como o Programa de Vacinação Contra a Gripe Sazonal, são outro grande contributo na aquisição de informação epidemiológica, pois através dos registos vacinais de enfermagem, gere-se uma fonte de informação relevante, na produção de indicadores de vigilância epidemiológica (Henriques et al. (2019). É importante ressaltar que o trabalho de enfermagem nestes programas, não se resigna apenas ao trabalho escrito, como os registos de enfermagem e a criação de relatórios para comunicação oficial, mas também ao excelente trabalho deste na promoção dos programas junto das comunidades, para assegurar a sua adesão, num contexto informado e participativo (ibidem).

É imprescindível que o EEEEC, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, invista em técnicas de prevenção e promoção da saúde, visando uma melhor qualidade de vida para a comunidade, adquirindo formação e conhecimentos na área da epidemiologia (Regulamento no 428/2018), permitindo-lhe perceber a situação de saúde da sua comunidade, conhecer os fatores que causam enfermidades e suas determinantes de saúde, diferenciar grupos de risco e áreas prioritárias de ação, orientar e contribuir para o planeamento e adoção de intervenções mais eficazes e participar na avaliação dos programas estabelecidos (Vicente, 2016).

5 - CONCLUSÃO GERAL

Para enfrentar situações novas e desafiantes do dia a dia, é essencial que o mestre em EEEC procure uma constante atualização de conhecimentos, habilidades e competências com base em evidência científica. O percurso formativo (teórico e prático) permitiu-me perceber o EEEC como alguém que trabalha com a comunidade, sendo um mediador entre o saber baseado na evidência científica e a mobilização e transferência desse conhecimento no quotidiano da vida das pessoas e comunidades. Tive oportunidade de assumir a responsabilidade e o compromisso, de ir ao encontro das necessidades reais e sentidas (expressas e não expressas) de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dando destaque à promoção da saúde sob a perspetiva salutogénica, à prevenção da doença aos seus 5 níveis, à recuperação e manutenção. Assim, as competências de planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados no âmbito específico da Enfermagem comunitária e de Saúde Pública. Sem dúvida que o percurso formativo habilita para uma pluralidade de intervenções e funções com potencial promotor de benefícios e vantagens, nas equipas multidisciplinares que integra na sociedade, e no seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Vivendo numa época de grande instabilidade política, ambiental, social e financeira, cabe a todos e cada um de nós, em especial ao Mestre ESC, demonstrar que estas competências contribuem para a melhoria dos serviços, das instituições e, acima de tudo, para o bem-estar e saúde das comunidades. Pese embora todas as dificuldades que se depararam no percurso, foi possível o atingir dos objetivos propostos, consolidação dos conhecimentos teóricos, reflexão sobre as práticas diárias, a aquisição de competências, com o objetivo futuro de promover práticas diárias de melhoria, mas também de incentivar, promover ou implementar projetos que visem a melhoria sustentada das condições de vida e de saúde da população, e conseqüentemente a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde mais equitativo e justo. Este processo de formação, que se assentou numa resiliência imprescindível, pela abrangência científica, relacional e de terceira dimensão, foi sem dúvida uma ferramenta fundamental que culminou na junção de aquisição de competências específicas e comuns, exigidas para título de especialista, em confluência com um desenvolver reflexivo-teórico, através de um estudo de investigação, que pretendeu promover, como mestranda, a capacidade de desenvolver um pensamento crítico, reflexivo e devidamente fundamentado, almejando o grau de mestre. Sem dúvida que ambas as perspetivas subjacentes à concetualização do curso se complementam e se beneficiam pela qualificação que o grau de mestre

consustancia e pela garantia das condições à obtenção de um título profissional que nos habilita para uma praxis especializada específica e de natureza comum, ou seja, neste caso em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e no âmbito do desenvolvimento profissional, gestão, investigação, ética e em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Sinais Vitais.

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (s.d.). *Planeamento em Saúde*.
<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde>

Administração Regional de Saúde do Norte (2016). *Plano Local de Saúde – Extensão 2020*.

https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/Barcelos_Esposende_PLS_Extensao_2020.pdf

Afonso, M. A. N. & Azeredo, Z. A. S. (2016). Solidão na Perspectiva do Idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (02). <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>

Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto].
Repositório Aberto da Universidade Aberta.
<file:///C:/Users/sandr/Downloads/Tese%20final%20II.pdf>

Almeida, M. C. P., Mishima, S. M., Pereira, M. J. B., Palha, P. F., Villa, T. C. S., Fortuna, C. M. & Matumoto, S. (2009). Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão?. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 748-752.
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500017>

Almomani, F. M., McDowd, J. M., Bani-Issa, W., & Almomani, M. (2014). Health related quality of life and physical, mental, and cognitive disabilities among nursing home residents in Jordan. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(1), 155–165.
<https://doi.org/10.1007/s11136-013-0461-2>

- Alves, L. M. T. (2016). *Apoio Social, Saúde Mental e Bem-Estar em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa] Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5659/1/DM_L%C3%BAcia%20Alves.pdf
- André, S. (2020). Desafios da gestão em saúde: custos vs. qualidade: o caso do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro e do East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/31803>
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Inc.
- Araújo, C. L., & Manucussi e Faro, A. C. (2012). Prática de atividade física entre idosos do Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermária Global*, 28, 223-232. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_administracion3.pdf
- Bolhão, A. (2013). *Contribuição do estágio curricular para a formação académica e profissional dos estagiários*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/321>
- Borges, R. F. & Waldow, V. R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paul Enfermagem*, 24(3), 414-418. <https://www.scielo.br/j/ape/a/MvcQR4bWht4kcdD9DgyVCZh/?lang=pt&format=pdf>
- Braga, C. G. & Silva, J. V. (2011). *Teorias de Enfermagem*. ERICA.
- Brandão, M., Sousa, L., Philip, I. & Cardoso, M. (2015). Perceção das pessoas idosas portuguesas sobre a sua (in)dependência: um estudo transversal. *Journal of Aging & Innovation*. 4 (1), 3-17. https://issuu.com/aagi-id/docs/1_percep_____o_independencia_

- Cabral, M. V., Jerónimo, P., Silva, P. A., Ferreira, P. E. & Marques, T. (2013). Processo de Envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Guide – Artes Gráficas, Lda.
<https://www.ffms.pt/sites/default/files/2022-08/processos-de-envelhecimento-em-portugal.pdf>
- Carvalho, P., & Dias, O. (2016). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, (40), 161-184.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8226>
- Casimiro, N. V. & Ferreira, H. G. (2021). Solidão em idosos e fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9 (1).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497968968009>
- Colombo, F. (2018). Healthcare systems: Tackling waste to boost resources. *OECD Observer*, 7, 1-4.
<https://doi.org/10.1787/f5719ebb-en>
- Costa, J. P. (2012). A Sustentabilidade dos Sistemas. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8, 12-17.
<http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2013/01/A-Sustentabilidade-dos-Sistemas-de-Sa%C3%BAde.pdf>
- Costa, L. (2016). Contribuição da formação académica e práticas na gestão em saúde: um estudo com Bacharéis em Enfermagem. [Dissertação de Pós-Graduação, Centro Universitário La Salle]. Repositório Institucional da Universidade LaSalle.
<https://svr-net20.unilasalle.edu.br/handle/11690/728>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 - Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República I Série*, n.º 38 (2008-02-22), pp. 1182 – 1189.
<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 52/2022 - Lei de Bases da Saúde. Diário da República. I Série, n.º 150 (2022/08/04), pp. 5-52.

<https://files.dre.pt/1s/2022/08/15000/0000500052.pdf>

Decreto-Lei n.º 80/2018 – Revisão da regulação da Comissão de Ética para a Saúde.

Diário da República, I Série, n.º 198 (2018-10-15), pp. 4965 – 4970.

<https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/Decreto->

[Lei%20n%C2%BA%2080.2018%20de%2015%20de%20outubro%2C%20que%20regula%20as%20Comiss%C3%B5es%20de%20C%C3%89tica%20para%20a%20Sa%C3%BAde.pdf](https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/Decreto-Lei%20n%C2%BA%2080.2018%20de%2015%20de%20outubro%2C%20que%20regula%20as%20Comiss%C3%B5es%20de%20C%C3%89tica%20para%20a%20Sa%C3%BAde.pdf)

Decreto de lei n.º 97/95 – Ministério da Saúde. Diário da República I-A Série, n.º 108

(1995-05-10), pp. 2645 – 2647.

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/97-1995-513633>

Decreto de Lei n.º 104/98 – Ministério da Saúde. Diário da República I-A Série, n.º 93

(1998-04-21), pp. 1739- 1757.

https://www.sep.org.pt/files/uploads/2016/10/sep_1998_Codigo_Deontologico_Enfermagem.pdf

Despacho n.º 2598/2021 - Alterações ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Saúde deste Instituto. Diário da República II Série, n.º 46 de 2021-03-08.

<https://files.dre.pt/2s/2021/03/046000000/0032100322.pdf>

Despacho n.º 5613/2015 – Ministério da Saúde. Diário da República II Série, n.º 102 de 2015-05-27.

<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde (2020). *Informação e Monitorização - Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde – período de março a junho de 2020.*

<https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>

- Elovainio, M., Lahti, J., Pirinen, M., Pulkki-Råback, L., Malmberg, A., Lipsanen, J., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Hakulinen, C. (2022). Association of social isolation, loneliness and genetic risk with incidence of dementia: UK Biobank Cohort Study. *BMJ open*, *12*(2), e053936.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053936>
- Erdmann, A. L., Albuquerque, G. L., Schier, J. & Martins, J. J. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão a cerca da capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado com o idoso. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, *10* (3).
<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10039>
- Esteves, R. (2020). *Partilha de Informação na Transição de Cuidados: do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra.
<http://hdl.handle.net/10316/94664>
- EUROSTAT. Statistic Explained. (2021). *Estrutura populacional e envelhecimento*.
https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&direction=next&oldid=510113
- Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2012). O Processo de Envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, *20* (1), artigo nº7, 106-194.
<http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Fernandes, F. (2020). As Forças e as Fraquezas do SNS na resposta à pandemia. *Jornal de negócios*.
<https://www.jornaldenegocios.pt/negocios-iniciativas/saude-sustentavel/detalhe/as-forcas-e-as-fraquezas-do-sns-na-resposta-a-pandemia>
- Ferreira, A., Veiga, C., Anes, E. M. G. J., Lopes, I. & Brás, M. A. M. (2021). Solidão e

Isolamento nos Idosos em Portugal: Revisão Sistemática da Literatura. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1 (2), 509-518.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/25268/1/ARTIGO~3.PDF>

Freitas, F. F. Q., Mendes, J. M. S., Martins, K. P., Cavalcanti, K. F., Macêdo, P. K. G. & Lima, R. J. (2016). O olhar da pessoa idosa sobre a solidão. *Av Enfermagem*, 34 (3), 259-267.

doi: 10.15446/av.enferm.v34n3.60248

Furtado, J. P. & Vieira-da-Silva, L. M. (2020). A Avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (9), Artigo e00237219.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00237219>

Henriques, C., Frade, F. & Frade, J. M. G. (2019). Registos vacinais de enfermagem: importância para vigilância da saúde das populações. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV (20).

<https://doi.org/10.12707/RIV18092>

Gil, A. P. (2020) Estruturas residenciais para pessoas idosas. Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades*, 40.

<http://journals.openedition.org/cidades/2198>

Gomes, E. S., Anselmo, M. E. O. & Filho, W. D. L. (2000). As Reuniões de equipe como Elemento fundamental na organização do trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (3), 472-480.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/LYpryzN6C5GzWW5XNsF9VYz/?format=pdf&lang=pt>

Gomes, A. L. C., Oliveira, A. A. V., Nogueira, J. A., Sá, L. D., Collet, N. & Villa, T. C. S. (2012). Cuidado ao Doente de Tuberculose na Estratégia Saúde da Família: Percepções de Enfermeiras. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (2), 356-363.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200013>

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Algueirão: Edições da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2020). *Projeções de População Residente em Portugal*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Saúde, Doutor Ricardo Jorge (s.d.). *Unidade de Observação em Saúde e Vigilância Epidemiológica*.
<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/Epidemiologia/Unidades/Paginas/UnidadeVigilanciaEpidem.aspx>

Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., e Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: Factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*, 24(1), 14-17.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100003>.

Leininger M. M. (1991). The theory of Culture Care Diversity and Universality. *NLN publications*, (15-2402), 5–68.

Laverack, G. (2014). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. Universidade Católica Editora.
<https://www.uceditora.ucp.pt/pt/ics/3119-guia-de-bolso-para-a-promocao-da-saude.html>

Lei nº 81/2009 - Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de

calamidade pública. Diário da República. I Série, nº 162 (2009-08-21), pp. 5491-5495.

<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/81-2009-488301>

Lei nº 156/2015 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando

-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

Diário da República I Série, nº 181 (2015-08-16), pp. 8059-8105.

<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Loureiro, A. S. (2019) *Saúde Mental e Qualidade de Vida no Idoso: Uma intervenção no âmbito da Educação Social*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Educação] Repositório Comum, Instituto Politécnico de Coimbra.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/31139>

Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., e Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74 (6), 907-914.

<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>

Lusa (2022). Portugal Confirmou 710 casos de Varíola-Dos-Macacos em três Meses. Público.

<https://www.publico.pt/2022/08/05/sociedade/noticia/portugal-confirmou-710-casos-varioladosmacacos-tres-meses-2016216>

The National Academies of Science, Engineering, Medicine (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System*.

<https://www.nap.edu/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>

Maes, M., Qualter, P., Vanhalst, J., Van den Noortgate, W., & Goossens, L. (2019).

Gender Differences in Loneliness Across the Lifespan: A Meta-Analysis. *European Journal of Personality*, 33(6), 642-654.

<https://doi.org/10.1002/per.2220>

Maia, A. (2022). Mais de 2500 Médicos e Enfermeiros saíram do SNS nos anos de pandemia. *Público*.

<https://www.publico.pt/2022/04/30/sociedade/noticia/2500-medicos-enfermeiros-sairam-sns-anos-pandemia-2004171>

Marques, G. (2018). O papel do enfermeiro especialista na melhoria da qualidade dos cuidados. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/30667>

Martins, I., Santos, D., Magda, G., Silva, R., Moitas, R. & Veiga, J. (2019). Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados: Perceções e Satisfação Profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, nº27, 291-313.

<https://orcid.org/0000-0002-7229-0858>

Melo, P., Silva, R., Figueiredo, M. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (19). pp. 81-90.

<https://doi.org/10.12707/RIV18045>

National Geographic (2018). *Envelhecer em Portugal: o Estado do País*.

<https://www.natgeo.pt/ciencia/2018/04/envelhecer-em-portugal-o-estado-do-pais>

Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*. (2), 65-79.

https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/avaliacao_solidao_felix_neto.pdf

Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em Diferentes Níveis Etários. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 3.

<https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670>

Nunes, E. (2011). Celebração do 25º. Aniversário da Carta de Ottawa¹. *Revista*

Portuguesa de Saúde Pública, 29(2), 200–202.
[https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70024-4](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70024-4)

Nunes, C., Dias, S. & Gomes, R. (2017). Tuberculose e imigração em Portugal: características sociodemográficas, clínicas e fatores de risco. *Revista Migrações*, n.º 14, 9-23.
https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/5471832/Gomes_Migracoes_2017_14_9.pdf

Observatório das Migrações. Alto Comissariado para as Migrações (2017). *Envelhecimento Demográfico em Portugal*.
<https://www.om.acm.gov.pt/-/3--8>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro – Dos Comentários à Análise dos Casos*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_dicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico – funcionais*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Organização das Nações Unidas (2022). *Envelhecimento*.
<https://unric.org/pt/envelhecimento/>>.

Organização Mundial da 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=8B1C124A95ACFFCEF30188392D8B65F9?sequence=6

Pereira, R. (2016) *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto.

<https://hdl.handle.net/10216/84324>

Peres, M. O. (2014). *Os Idosos Institucionalizados. Estudo de Algumas Variáveis*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco] Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

<http://hdl.handle.net/10400.11/2707>

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS* (6ª ed). Edições Sílabo, Lisboa.

Pinto, C. A. S. S. (2020). *Liderança de equipas: impacto na coesão, na satisfação e no desempenho*. [Dissertação de Mestrado, Academia Militar]. Repositório Comum.

<http://hdl.handle.net/10400.26/36674>

Pires, L. M., Monteiro, M. J., & Vasconcelos-Raposo, J. J. (2020). Sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19096. doi: 10.12707/RIV19096.

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3436&id_revista=55&id_edicao=216

Pisco, L., Pinto, L. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (4), pp. 1197-1204.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>

Portaria nº 67/2012 - Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República I Série, n.º 58 de 2012-03-21.

<https://data.dre.pt/eli/port/67/2012/03/21/p/dre/pt/html>

Portugal. Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão*

a 2020. Direção-Geral da Saúde.

WWW:<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/PlanoNacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Portugal. Direção-Geral da Saúde (2016). *Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18009/1/i023300.pdf>

Portugal. Direção-Geral da Saúde (s.d.). *SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica*. Direção-Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/sinave-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica.aspx>

Portugal. Direção-Geral da Saúde (2021a). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde.

https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Portugal. Ministério da Saúde (1997). *Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina*. <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2021c). *Níveis de Literacia em Saúde – PORTUGAL*. Direção-Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Estudo – Impacto da solidão em idosos*.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidao-em-idosos/>

Portugal. Ministério da Saúde. (2022a). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*. Direção-Geral da Saúde.

https://www.sppneumologia.pt/uploads/subcanais2_conteudos_ficheiros/relat%C3%A3%C2%B3rio-tuberculose_dgs2021.pdf

Portugal. Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Observatório Regional de Saúde*.

<https://www.arsnorte.min-saude.pt/observatorio-regional-de-saude/perfis-de-saude/#content>

Portugal. Serviço Nacional de Saúde (2022) *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – USP Barcelos e Esposende*.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10007/1030220/Pages/default.aspx>

Portugal. Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Transparência*.

<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>

Quercus (2021). *Legionella em Portugal – uma questão de vida ou de morte*.

<https://quercus.pt/2021/03/03/legionella-em-portugal-uma-questao-de-vida-ou-de-morte/>

Quintela, M. J. (2021/12/01). Envelhecimento em Tempo de Pandemia.

[Comunicação oral]. *41º Congresso Português de GERIATRIA e GERONTOLOGIA*, Lisboa.

Ramos, A., Nunes, C., Ventura, C. & Fernandes, R. (2013). Pessoas com Tuberculose Pulmonar, intervenções dos cuidados de enfermagem, na adesão ao regime terapêutico: Revisão Sistemática da Literatura. *Medication Adherence, Nursing Care, Pulmonary, Tuberculosis*, 2 (2).

<http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao2-abril2013/tuberculose-pulmonar/>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 (2019-02-06), pp. 4744 – 4750.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

- Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária. Diário da República II Série, n.º118 (2015-06-19), pp. 16481-16486.
URL:[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.p df](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf).
- Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. II Série, n.º 135 (2018-07-16), pp. 19354 – 19359.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum, Instituto Politécnico de Portalegre.
<http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- República Portuguesa – XXI Governo Constitucional. (2017). Aprovada Declaração de Lisboa sobre Envelhecimento Ativo.
<https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=20170922-mtsss-envelhecimento>
- Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, Um Fator de Risco. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 34(5), 334–338.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Rodrigues, A., Oliveira E., Lima, K., Martinez, L. (2016). Formação académica, Educação e Sociedade. *Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*, 2 (Ed. Especial), 91-98.
<https://periodicos.claec.org/index.php/relacult/article/view/372/109>
- Rogado, R. (2020). *Como a pandemia está a mudar a saúde mental dos idosos e das crianças*. SIC Notícias.

<https://sicnoticias.pt/especiais/saude-mental/2020-10-11-Como-a-pandemia-esta-a-mudar-a-saude-mental-dos-idosos-e-das-criancas-37d6c10d>

Rudawska, I. (2013). Epidemiologic and demographic trends as a challenge for European health care systems. *Problemy Zarzadzania*, 11(41), p. 34-52.

<https://ideas.repec.org/a/sgm/pzwzuw/v11i41y2013p34-52.html>

Russell, D, Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Self_Measures_for_Loneliness_and_Interpersonal_Problems_UCLA_LONELINESS.pdf

Sarasola, A. C., Talavera, C. S., Lezaun, J. Y., Pinazo-Hernandis, S., Chamorro, S. H. & Canals, A. R. (2018). El reto de la soledad en la vejez. *IRAIL*, 66.

<https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05>

Sakellarides, C. & Araújo, F. (2020). Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID 19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. *Acta Médica Portuguesa*, 33(7-8), 456-458.

<https://doi.org/10.20344/amp.14130>

Santos, M. (2017). *A importância da prática no processo de aprendizagem do instrumento*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Lisboa].

Repositório Científico do Instituto Politécnico de Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10400.21/7931>

Sena, C., Miguel, J. P., Ferreirinho, P. (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais.

Revista Portuguesa de Saúde Pública, 24 (1), 5-15.
https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23952/1/Planos_programas.pdf

Silva, P. (2020). *Que sistema de saúde para Portugal no pós-pandemia?* Ernst & Young Global Limited.

https://www.ey.com/pt_pt/health/que-sistema-de-saude-para-portugal-no-pos-pandemia

Silva, R., Luz, Maria., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (16), 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>

Smith, R. W., Barnes, I., Green, J., Reeves, G. K., Beral, V., & Floud, S. (2021). Social isolation and risk of heart disease and stroke: analysis of two large UK prospective studies. *The Lancet. Public health*, 6(4), e232–e239. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30291-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30291-7)

Sousa, M. H., & Figueiredo, A. S. (2021). Os registos de enfermagem nas revistas portuguesas (1958-1998): Um estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e20173. <https://doi.org/10.12707/RV20173>

Susanty, S., Chung, M. H., Chiu, H. Y., Chi, M. J., Hu, S. H., Kuo, C. L., & Chuang, Y. H. (2022). Prevalence of Loneliness and Associated Factors among Community-Dwelling Older Adults in Indonesia: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(8), 4911. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084911>

Tamayo, A. & Pinheiro, A. A. A. (1984) Conceituação e definição de solidão. *Revista de Psicologia*, 2 (1), 29-37. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10614/1/1984_art_aaapinheiroatamayo.pdf

Teixeira, C. F., Vilasbôas, A. L. Q., Rocha, M. N. D., Cerqueira, S. C. C. & Jesus, W. L. A. (2010). *Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6719/1/Teixeira%20Carmen.%20Livro%20Planejamento%20em%20saude.pdf>

- Teixeira, J. A. C. (2004) Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
<http://hdl.handle.net/10400.12/229>
- Vanhalst, J., Goossens, L., Maes, M., Qualter, P. & Noortgate, W. V. D. (2019). Gender Differences in Loneliness Across the Lifespan: A Meta-Analysis. *European Journal of Personality*, 33, 642–654.
<https://doi.org/10.1002/per.2220>
- Vicente, J. (2016). A Importância da Epidemiologia para o Enfermeiro. *Anais Da Semana Acadêmica E Mostra Científica De Enfermagem*.
<https://periodicos.unoesc.edu.br/anaisamcenf/article/view/9624>
- World Health Organization (1986). *CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*.
<https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>
- World Health Organization (2021). E4AS Guide For Advancing Health and Sustainable Development.
<https://www.who.int/EUROPE/PUBLICATIONS/I/ITEM/9789289055772>
- World Health Organization. (2021). *Advocacy brief: Social isolation and loneliness among older people*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
- World Medical Association (s.d.). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*.
<https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

ANEXO 1 - ESCALA DA SOLIDÃO DA UCLA (Russel, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

<p>Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ao não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas.</p> <p>Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.</p>					
		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	4	3	2	1
2	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	4	3	2	1
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	4	3	2	1
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8	Sou uma pessoa voltada para fora.	4	3	2	1
9	Há pessoas a quem me sinto chegado.	4	3	2	1
10	Sinto-me excluído/a.	1	2	3	4
11	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12	Sinto-me isolado/a dos outros.	1	2	3	4
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero.	4	3	2	1
14	Há pessoas que me compreendem realmente.	4	3	2	1
15	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	1	2	3	4
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17	Há pessoas com quem consigo falar.	4	3	2	1
18	Há pessoas a quem posso recorrer.	4	3	2	1

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE DO IPVC

Parecer 18/2022

Solicitação
Pedido de Parecer à Comissão de Ética relativo a projeto intitulado “ Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada ”, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Investigadoras proponentes: Ana Rita pedroso Ribeiro, Andreia Amélia Silva Barbosa, Sandrine Silva Vieira e Vânia Vicente Couto (mestrandas) e investigadora responsável/orientadora: Carminda Morais
Documental
<ol style="list-style-type: none">1. Formulário de submissão do projeto de investigação à Comissão de Ética e termo de responsabilidade2. Consentimento Informado3. Planos de investigação de 4 estudos interrelacionados integrados no projeto4. Instrumentos de recolha de dados
Análise e Parecer
<ol style="list-style-type: none">1. De acordo com os documentos submetidos, trata-se de um projeto constituído por 4 estudos de tipo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, tendo como objetivos principais: i) caracterizar a população idosa residente em ERPI na área do ACES Cávado III Barcelos/Esposende segundo variáveis relacionadas com as perceções de qualidade de vida, nível de solidão ansiedade e saúde mental positiva e ii) Associar as variáveis anteriores com fatores sociodemográficos e clínicos.2. É definida a população do estudo (idosos institucionalizados em ERPI na área geográfica selecionada) e definidos critérios de inclusão e exclusão ajustados ao tipo de população e ao uso de instrumentos de autorrelato (está, neste caso, a exclusão de idosos que não apresentam capacidades cognitivas necessárias para preenchimento de instrumentos).3. O recrutamento dos participantes faz-se por convite individual, após ter sido obtida concordância das ERPI para a condução do estudo. Trata-se de uma amostragem por conveniência e, por essa razão, não se encontra estimado previamente o tamanho da amostra.4. São apresentados os instrumentos de recolha de dados: i) questionário sociodemográfico e clínico; ii) inventário Geriátrico de Ansiedade; iii) Questionário de Saúde Mental positiva; iv) Escala Ucla da Solidão; v) WHOQOL – Bref e os procedimentos de recolha de dados. <u>Nota: no Questionário sociodemográfico não deve ser solicitada a data de nascimento e, em alternativa, deve ser solicitada a</u>

idade. A data de nascimento é um dado pessoal que põe em causa o anonimato dos dados.

5. No formulário de consentimento informado são fornecidas informações sobre âmbito e objetivos do estudo, procedimentos, garantias de confidencialidade e anonimização de dados, participação voluntária e autónoma e procedimentos de guarda e destruição dos dados.

Síntese/conclusão

O projeto *Promoção do Desenvolvimento saudável na pessoa idosa institucionalizada* foi submetido com documentação onde se descrevem opções metodológicas que cumprem os requisitos éticos da investigação com seres humanos e se apresentam garantias de respeito pela dignidade e integridade dos participantes, bem como de privacidade e proteção de dados pessoais.

Para realizar o projeto, os investigadores devem proceder em conformidade com a nota que consta no ponto 4.

A Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde emite parecer favorável para a realização da investigação nos termos do projeto submetido a esta comissão, a partir da data deste parecer.

A presidente, Maria Carmen Pardo



ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DAS ERPI PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

The image displays three screenshots of an email client interface, showing a sequence of messages related to the authorization of ERPI for study participation.

First Screenshot: An email from Ana Rodrigues (AR) to the recipient. The subject is "Estudo Centro Social de Remelhe". The email content includes a greeting, a reference to a previous telephone conversation, and a request for instructions regarding the proposed study. The sender's contact information for Centro Social de Remelhe is provided.

Second Screenshot: A reply email (RE) from Provedora SCMFao (PS) to the recipient. The subject is "RE: Pedido de autorização para realização de estudo". The email provides a response to the request, mentioning the availability of the ERPI and the involvement of the Director of the ERPI, Dr. Miguel Lemos. It also lists several recipients in the Cc field.

Third Screenshot: A forwarded message (Mensagem encaminhada) from Vera Rosa (vera.rosa@centrosocialsilva.pt) to the recipient. The subject is "Re: Pedido de autorização para realização de Estudo". The email content includes a greeting, a confirmation of the ERPI's availability for the study, and a request for the recipient to provide necessary information for the service. The sender's contact information for Casa do Povo de Alvito is provided.

Eliminar Legítimo Phishing Bloquear remetente Mover para Categorizar

c carmen.ribeiro@clinica-queiroz-faria.com
ter, 19/04/2022 11:09
Para: Você
Cc: 'vera neiva'; logistica@clinica-queiroz-faria.com

Bom dia
Informo que está autorizado o estudo na Instituição.

Com os nossos melhores cumprimentos,

Responder Eliminar Arquivar Lixo Varrer Mover para Categorizar

← **Re: Pedido de autorização para realização de estudo**

AR Alessandra Ruão <alessandra@czps.org>
ter, 19/04/2022 10:30
Para: Você

Bom dia, Srª, enf. Sandrine

Antes de mais, quero agradecer a amabilidade de seu contacto.

Assim, como falamos ao telefone penso ser de mais valia a realização deste estudo. Assim, sendo, autorizo a realização do estudo de investigação, no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Att.

Em 19/04/2022 11:49 sandrine da silva vieira <sandrines@hotmail.com> escreveu:

Com os melhores cumprimentos,

Alessandra Ruão
(Gerontóloga - Diretora Técnica)
alessandra@czps.org
www.czps.org/
253 886 070
933 330 913

← **Re: Pedido de autorização para realização de estudo**

AS Andreia Simões <cspicmvilacovadt@gmail.com>
sex, 22/04/2022 11:23
Para: Você
Cc: anarpribeiro@gmail.com; vaniarcouto@hotmail.com; andreaasbarbosa.enf@gmail.com; Elisabete Fernandes Carvalho **Mais 1 pessoa**

Boa Tarde Exmos Senhores,
Vimos a informar que foi aprovada a realização de estudo na nossa Instituição.

Ao dispor

Responder Eliminar Arquivar Lixo Varrer Mover para Categorizar

← **Re: FW: Pedido de autorização para realização de estudo**

CD csssv Diretora <csssv.diretora@gmail.com>
ter, 19/04/2022 16:07
Para: Você

Boa tarde Enf. Sandrine

O CSSSV poderá participar no estudo.

Pedimos que logo que possível nos desse mais informações sobre como e quando se irá processar.

com os melhores cumprimentos,

Andreia Barbosa
Diretora Técnica
Centro de Solidariedade Social de S. Veríssimo
253801420

Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Mover para | Categorizar | ...

← RE: Pedido de autorização para realização de Estudo

S Santa Casa da Misericórdia de Barcelos <geral@misericordia Barcelos.pt>
qui, 21/04/2022 08:23
Para: Você; ana Rita Ribeiro; Andreia Barbosa

Bom dia, Enf. Rita Ribeiro

Espero que te encontres bem.

Na sequência do contacto telefónico e dando resposta ao pedido, incumbe-me o Senhor Provedor, Dr. Nuno Reis, de confirmar a nossa disponibilidade em acolher o vosso estudo nas nossas 5 ERPI.

Com os melhores cumprimentos, pessoais,
Márcia Soares

AD ACRA - Direcao <direcao@acra-ipss.pt>
qui, 28/04/2022 15:04
Para: Você
Cc: direcao@acra-ipss.pt; diretora@acra-ipss.pt

Boa tarde Enfermeira Sandrine,

Venho por este meio confirmar a possibilidade de realizar o estudo na nossa Instituição.
Estará sob vigilância e acompanhamento da Diretora Técnica- Dra Sameiro Felgueiras (936645139).

Alguma dúvida disponha,

Cumprimentos,

António Barbosa- Presidente da Direção

G geral@hotellarcondesdebarcelos.pt
sex, 29/04/2022 15:48
Para: Você

Boa tarde,
Espero que este email as vá encontrar bem.

Após conversa telefónica e leitura do vosso email, serve o presente para autorizar a realização do vosso estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Dra. Maria Rosalina Gomes
+351 963 003 684



Catarina Sá <catarinasa@scmesposende.pt>

sex, 29/04/2022 16:23

Para: Você

Cc: emiliavilarinho@scmesposende.pt; 'Paula Pilar'



Boa tarde Exma. Senhora
Enª Sandra Vieira,

Na sequência do contacto telefónico e do pedido de autorização para realização de estudo, confirmo autorização.

Atentamente,

Catarina Sá
Coordenadora Técnica

Centro de Apoio Social Ernestino Miranda
Santa Casa da Misericórdia de Esposende
Av. Dr. Henrique Barros Lima
4740-203 ESPOSENDE
Tel: 253 965 310



C.S.B.E. de Barqueiros <cbesb.geral@maisbarceiros.pt>

qui, 28/04/2022 14:00

Para: 'Vânia Couto'

Cc: Você

Boa tarde,

Vimos por este meio demonstrar total disponibilidade para participar no vosso estudo de investigação no âmbito da "Promoção do Envelhecimento Saudável da Pessoa Idosa Institucionalizada".

Fico ao dispor para qualquer esclarecimento adicional sobre este assunto.
Apresento os melhores cumprimentos,

Joëlle Mandim Vieira



Centro de Bem Estar Social de Barqueiros

Lar de Idosos - Centro de Dia - Apoio Domiciliário - Creche - Jardim de Infância - CATL

Contribuinte n.º 502111739

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA



Questionário Sociodemográfico

Este inquérito surge no âmbito do estágio de natureza profissional do II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, e pretende recolher dados de carácter sociodemográfico, para identificação da amostra em estudo. Os dados recolhidos serão tratados com máxima confidencialidade e respeitando os termos de privacidade, sendo eliminados no final deste.

Dados Sociodemográficos:

- 1) Idade: _____
 - 2) Sexo:
(1)Feminino _____ (2)Masculino _____
 - 3) Estado civil:
(1)Solteiro(a) _____
(2)Casado(a)/União de facto _____
(3)União de facto _____
(4)Divorciado(a)/Separado _____
(5)Viúvo(a) _____
 - 4) Número de filhos: _____
 - 5) Profissão que exercia _____
 - 6) Reforma antecipada: (1)S _____(2)N _____
6.1 Se sim, qual o motivo: _____
 - 7) Escolaridade:
(1)Não sabe ler nem escrever _____
(2)1º ao 4º ano (1º Ciclo) _____
(3)5º ao 6º ano (2º Ciclo) _____
(4)7º ao 9º ano (3º Ciclo) _____
(5)10º ao 12º ano (Secundário) _____
(6)Ensino Superior _____
 - 8) Crença religiosa (1)S _____(2)N _____
8.1 Se sim, em que situações o faz com maior frequência:
(1) Rotina diária
-



- (2) Quando está triste?
- (3) Quando está ansioso?
- (4) Quando se sente só?
- (5) Quando está feliz?

Institucionalização:

9) Escolheu a institucionalização? (1)S __ (2)N __

10) Motivo da institucionalização:

(1) incapacidade /doença ____

(2) solidão ____

(3) falta de suporte social/familiar ____

(4) outros Quais? _____

11) Recebe visitas? (1)S __ (2)N __

11.1 Quem o/a visita? _____

11.2 Qual a frequência?

- (1) Diariamente
- (2) Semanalmente
- (3) Mensalmente
- (4) Anualmente

12) Participa em atividades proporcionadas pela instituição? (1)S __ (2)N __

12.1 Se sim, quais?

(1) Atividades manuais ____

(2) Atividade física ____

(3) Atividades cognitivas ____

13) Tem oportunidade de sugerir atividades para realizar de acordo com a sua preferência?

(1)S __ (2)N __

14) Sente que tem oportunidade de participar ativamente na vida da instituição? (1)S __ (2)N __



Dados Clínicos:

15) Possui alguma doença? (1)S __ (2)N __

15.1 Qual/quais? _____

16) Consome bebidas alcoólicas? (1)S __ (2)N __

16.1 Com que frequência? _____

17) Fuma? (1)S __ (2)N __

17.1 Com que frequência? _____

18) Sente que tem problemas de sono? (1)S __ (2)N __

19) Utiliza algum equipamento adaptativo? (óculos/lentes de contacto, ~~ap. auditivo~~, auxiliar de marcha) (1)S __ (2)N __

19.1 Se sim, qual? _____

20) Como avalia a sua mobilidade/dependência (capacidade para se movimentar, deslocar e realizar as atividades de vida diária sozinho)?

(1) Muito boa

(2) Boa

(3) Razoável

(4) Má

(5) Muito má

21) Em geral, como classifica a sua saúde?

(1) Muito boa

(2) Boa

(3) Razoável

(4) Má

(5) Muito má



Recolha de Dados do Processo Individual: (A recolher junto da equipa técnica)

Antecedentes Pessoais:

Medicação Habitual:

Índice de Barthel/Katz:

Tempo de institucionalização: Anos Meses

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ana Rita Ribeiro¹, Andreia Barbosa¹, Sandrine Vieira¹ e Vânia Couto¹

1 – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Promoção do Envelhecimento Saudável da pessoa idosa institucionalizada

O envelhecimento populacional das nossas sociedades deve ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se reforçar o foco nas perspetivas salutogénicas de promoção da saúde ao longo da vida e dos diversos contextos. Intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal ator e autor dos seus projetos de saúde. Embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, estes não necessitam de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Canhestro e Basto,2016). Neste sentido, o presente estudo inscreve-se no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Carminda Morais e pretende-se com o mesmo contribuir para a promoção de um envelhecimento saudável.

Os dados serão obtidos através da aplicação de um questionário em formato papel. Para o efeito será efetuada uma entrevista presencial, que poderá ser realizada em dois momentos, se esse for o seu entendimento. Posteriormente, serão tratados e analisados com recurso a programa informático próprio. Com base nos resultados obtidos será proposta a construção de um plano de ação participado, com vista à melhoria da situação de saúde da população em estudo.

A sua participação neste estudo é voluntária e de extrema importância. Todas as informações facultadas serão confidenciais e pode, a qualquer momento, desistir de participar no estudo sem qualquer tipo de consequências. O material recolhido será destruído no prazo de 2 meses após a conclusão do trabalho. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para as Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Assumimos total responsabilidade pela confidencialidade da informação e pelo seu devido tratamento, assim como do anonimato de todos os dados de identificação

fornecidos, que não serão registados nem divulgados. A aplicação do instrumento de colheita de dados será realizada em ambiente com total privacidade.

Estamos inteiramente ao dispor para esclarecimento de dúvidas através dos contactos a seguir fornecidos, agradecendo antecipadamente a sua disponibilidade para colaborar com este estudo.

Ana Rita Pedroso Ribeiro (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – anarpedroso@gmail.com – 932199171

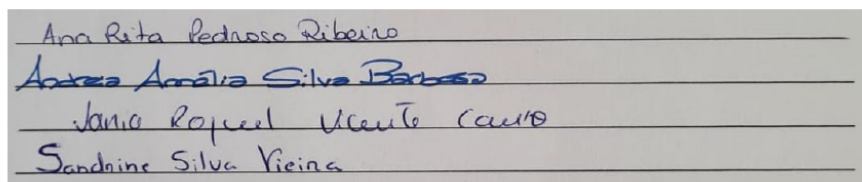
Andreia Amélia Silva Barbosa (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – andreaasbarbosa.enf@gmail.com – 913728087

Sandrine Silva Vieira (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – sandrinesv@hotmail.com – 914631556

Vânia Raquel Vicente Couto (mestranda do curso de Enfermagem Comunitária ESS-IPVC) – vaniarcouto@hotmail.com - 967650940

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda em participar de livre e esclarecida vontade, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:



Ana Rita Pedroso Ribeiro
Andreia Amélia Silva Barbosa
Vânia Raquel Vicente Couto
Sandrine Silva Vieira

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando que serão utilizados apenas para fins científicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

APÊNDICE 3 – LISTA DE PROFISSÕES QUE EXERCÍCIO

Profissão que exercia (n=181)

Profissões	<i>n</i>	%
agricultor/a	52	28.7
alfaiate	2	1.1
assistente operacional	2	1.1
auxiliar de enfermagem	1	0.6
caminhos de ferro	1	0.6
carpinteiro	1	0.6
ceramista	1	0.6
chefe de secção	1	0.6
comerciante	4	2.2
construção civil	10	5.5
costureira	6	3.3
doméstica	26	14.4
eletricista	2	1.1
empregada de limpeza	4	2.2
empregada de loja	1	0.6
empregada doméstica	3	1.7
empregado de restauração	4	2.2
encarregado de obras	1	0.6
enfermeira	1	0.6
engenheiro elétrico	1	0.6
escriturária datilografa	1	0.6
feirante	2	1.1
hotelaria	1	0.6
jardineiro	1	0.6
mecânico	1	0.6
motorista	1	0.6
operário/a fabril	34	17.8
ótica	1	0.6
padeira	3	1.7
padre	1	0.6
pedreiro	1	0.6
Profissões	<i>n</i>	%
peixeira	1	0.6
pintor de loiças	1	0.6
professor/a	3	1.7
serralheiro	1	0.6
serralheiro mecânico	1	0.6
talhante	1	0.6
tecedeira	1	0.6
nunca trabalhou	1	0.6

APÊNDICE 4 – LISTA DE DOENÇAS EM RESPOSTA À QUESTÃO “SE SIM, QUAL(AIS)?”

Possui alguma doença? (n=132) Se SIM, qual(ais)?

Doenças	n	%
arritmia, patologia pulmonar	1	
artrite reumatoide	1	
asma	2	
AVC	8	
AVC, patologia osteoarticular	1	
bronquite	1	
bronquite, patologia osteoarticular	1	
cirurgia a hérnias	1	
cirurgia à tiroide e doença respiratória	1	
depressão	1	
depressão, patologia osteoarticular	1	
diabetes Mellitus I	11	
diabetes, HTA, patologia respiratória	1	
diabetes, patologia cardíaca	1	
diabetes, patologia osteoarticular	2	
diabetes, psoríase	1	
diabetes, varizes, patologia osteoarticular	2	
diminuição da força generalizada	1	
dislipidemia	1	
doença oncológica	1	
DPOC	1	
esclerose múltipla	1	
gastrectomia, patologia osteoarticular	1	
HTA	3	
HTA, depressão e dislipidemia	2	
HTA, diabetes, insuficiência venosa, patologia osteoarticular	1	
HTA, dislipidemia	1	
HTA, patologia cardíaca	1	
HTA, patologia cardíaca, patologia osteoarticular	2	
HTOcular	2	
insuficiência venosa	2	
invisual, anemia	1	
miopia	1	
obstipação	1	
osteoporose	1	
paraplegia	2	
Parkinson	2	
patologia cardíaca	13	
patologia cardíaca, apneia do sono	2	
patologia cardíaca, AVC	1	
patologia cardíaca, patologia osteoarticular	1	
patologia cardíaca; patologia osteoarticular; poliomielite na infância	1	
patologia da coluna	2	
patologia da coluna, doença nervosa	1	
patologia estômago	2	
patologia hepática	2	
patologia neurológica	1	
patologia osteoarticular	23	
patologia osteoarticular, anemia	1	
patologia osteoarticular, cirurgia aos olhos	1	
patologia osteoarticular, depressão	2	
patologia osteoarticular, PTA	1	
patologia psiquiátrica	7	
patologia psiquiátrica, alcoolismo	1	
patologia respiratória; insuficiência venosa; PTA dir.	1	
PTA bilateral, PTJ dir., patologia intestinal	1	

Doenças	<i>n</i>	%
PTA direita e má circulação	1	
surdez	1	
tuberculose	1	
úlceras pilóricas	1	

APÊNDICE 5 – LISTA DE ANTECEDENTES

Antecedentes (n=177)

Antecedentes de doenças	n	%
AIT; HTA; Dislipidemia, DMII, PTA	1	
Alcoolismo, Dislipidemia, fratura do cotovelo esq., síndrome cerebral orgânico	1	
Alcoolismo, HTA, Dislipidemia, Patologia cardíaca	1	
alcoolismo, paraplégico	1	
alcoolismo, perfuração de úlcera pilórica com peritonite	1	
Ambliopia	1	
Ambliopia bilateral	1	
Anemia, PTA, HBP	1	
Ansiedade	4	
Ansiedade, Síndrome Depressiva, Litíase Renal, HTA, AVC	1	
AVC	1	
AVC, Alcoolismo, Dislipidemia, H.B.P.,	1	
AVC, Diabetes, DPOC, Obesidade e patologia cardíaca	1	
AVC, Diabetes, HTA	2	
AVC, Dislipidemia, Patologia cardíaca, DPOC, HTA	1	
AVC, Patologia cardíaca, HTA, Diabetes, Dislipidemia, Anemia	1	
AVC; Alcoolismo; Ansiedade	1	
Bronquite, Asma, HTA, Patologia da tiroideia, Patologia osteomuscular	1	
Cirurgia ao reto por neoplasia, anemia, HTA, Depressão, PTJ dir., PTA dir.	1	
Coxartrose bilateral, HTA, artoplastia	1	
Depressão, Alcoolismo,	1	
Depressão, alcoolismo, HTA, AVC	1	
Depressão, Alcoolismo, patologia cardíaca, HBP	2	
Depressão, HTA, Diabetes, patologia osteoarticular	1	
Depressão, HTA, Dislipidemia, Hiperuricemia, DPOC, DRC	2	
Depressão, HTA, Parkinson, Insuficiência Venosa	1	
Depressão, HTA, Patologia Osteoarticular	1	
Depressão, Parkinson, patologia osteoarticular, patologia tiroide	1	
Depressão, Patologia Tiroide, Patologia cardíaca, Patologia osteoarticular, PTJ	1	
Diabetes Mellitus, HTA	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Dislipidemia, Hipotireoidismo, Patologia osteoarticular degenerativa, Depressão, doença arterial periférica	1	
Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, Insuficiência venosa, patologia osteoarticular, patologia cardíaca, PTJ esq, tireoidectomia	1	
Diabetes Mellitus, HTA, Patologia osteoarticular, cirurgia ocular	1	
Diabetes Mellitus, HTA, PTA, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular	1	
Diabetes, FA-Hipocoagulada, HTA, Mieloma múltiplo	1	
Diabetes, HTA, Parkinson, Dislipidemia, Trombocitose, Hérnia do hiato	1	
Diabetes, HTA, Bronquite	1	
Dislipidemia, Diabetes Mellitus, Insuficiência Cardíaca, Anemia, Obesidade	1	
Dislipidemia, Hipoacusia, Patologia Osteoarticular	1	
Dislipidemia, Meningite de Infância	1	
Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1	
Diverticulite, Patologia muscular e óssea, Diabetes Mellitus, HTA, dislipidemia, obesidade, cirurgia as mãos bilateral, patologia cardíaca	1	
DM2, insuficiência cardíaca; HTA; gonartrose, Parkinson, dermatite seborreica, apendicectomia, cirurgia cataratas	1	
DMII, HTA, FA, Dislipidemia, Patologia da tiroide, osteoporose	1	
DMII, Dislipidemia, artroses	1	

Antecedentes de doenças	n	%
DPOC, Diabetes, Patologia tiroide, HTA, Dislipidemia	1	
DPOC, Doença renal crónica, patologia cardíaca	1	
DPOC; Diabetes Mellitus; HTA.	1	
DRC	2	
DRC, DMII, Hipocoagulado, amputação do MI	1	
Epilepsia, depressão, HTA, HBP, Ansiedade, Bipolaridade em estudo	2	
Epilepsia, HTA, Dislipidemia, patologia cardíaca	1	
Esclerose múltipla, HTA,	1	
Esofagite, Ansiedade	1	
Estenose aórtica, DPOC, dislipidemia, DMII	1	
Estenose aórtica, HBP	1	
fratura do fémur, perturbação delirante, obesidade	1	
Gastrite Crónica, Ansiedade	1	
HBP, Dislipidemia, AIT	1	
HBP, HTA, Vertiginoso, Hipocoagocada, FA	1	
Hiperuricemia, HTA, Hipocoagulado	2	
HTA	2	
HTA, Alzheimer em estudo	1	
HTA, anemia, hipotireoidismo com exérese total, AVC isquémico, fratura L2	1	
HTA, Ansiedade, patologia osteoarticular	2	
HTA, AVC, Cardiopatia	1	
HTA, AVC, Dislipidemia, Epilepsia, Patologia degenerativa	1	
HTA, AVC, Epilepsia, Cirurgia oftalmológica,	1	
HTA, AVC, Insuficiência hepática	1	
HTA, Cirurgia ocular bilateral, Insuficiência venosa,	1	
HTA, Depressão, Ansiedade, Dislipidemia	2	
HTA, Depressão, Dislipidemia, Gastrectomia subtotal	1	
HTA, Diabetes Mellitus, Anemia Crónica, Doença Renal Crónica, HBP, PTJ dir., Diverticulose, Patologia cardíaca	1	
HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Insuficiência vascular cerebral, patologia osteoarticular,	1	
HTA, Diabetes Mellitus, Neo prostata	1	
HTA, Diabetes Mellitus, Patologia osteoarticular, Dislipidemia, obesidade, HBP, Patologia cardíaca, DPOC	1	
HTA, Diabetes, Dislipidemia, Hiperuricemia, Obesidade, Anemia, DRC, Hipoacusia, DPOC, HBP, Patologia cardíaca	1	
HTA, Diabetes, DRC, Dislipidemia, Obesidade, DPOC,	1	
HTA, Diabetes, Obesidade, Dislipidemia, Patologia cardíaca com pacemaker, Ansiedade e Depressão, patologia osteoarticular	1	
HTA, dislipidemia, Insuficiência Venosa, osteoporose	1	
HTA, Dislipidemia, Anemia, patologia cardíaca, PTJ à direita, Ansiedade	1	
HTA, Dislipidemia, Ansiedade	1	
HTA, Dislipidemia, Diabetes, DPOC, Patologia cardíaca, Depressão, patologia tiroide	1	
HTA, Dislipidemia, Diabetes, PTJ à Esquerda, PTA à direita, AVC, Epilepsia, Patologia cardíaca, Anemia	1	
HTA, Dislipidemia, distúrbio do sono, gastrite crónica	1	
HTA, Dislipidemia, Enfarte Agudo do Miocárdio	1	
HTA, dislipidemia, FA, pacemaker	1	
HTA, Dislipidemia, P. Tiroide, Osteoporose	1	
HTA, Dislipidemia, Patologia Circulatória, Síndrome Depressivo, AVC, osteossíntese de fratura do colo do fémur	1	
HTA, Dislipidemia, Patologia Cardíaca, Depressão, Patologia osteoarticular	1	
HTA, Dislipidemia, Patologia óssea degenerativa, cirurgia ao colo do fémur	1	
HTA, Dislipidemia, Patologia osteoarticular	1	
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral com complicações	1	
HTA, Dislipidemia, PTJ bilateral, PTA esquerda	1	

Antecedentes de doenças	n	%
HTA, DM2, dislipidemia, ICC, neoplasia bexiga, patologia respiratória	1	
HTA, Gastrite crônica, Depressão, Ansiedade, patologia hepática	1	
HTA, gastrite crônica, PTA bilateral, fratura pulso direito	1	
HTA, Gastrite, osteoporose, AVC	1	
HTA, HBP, Uropatia Obstrutiva	1	
HTA, Hiperuricemia, Patologia cardíaca, Anemia, DPOC, DRC, Patologia osteoarticular, Depressão, Ansiedade	1	
HTA, Hipotireoidismo, Bronquite, Artroses	1	
HTA, Hipotireoidismo, depressão, ansiedade, ideação suicida	1	
HTA, Hipotireoidismo, DPOC, Patologia cardíaca, PTA	1	
HTA, insuficiência cardíaca, patologia osteoarticular	1	
HTA, insuficiência cardíaca, patologia pulmonar crônica, epilepsia, meningioma, Parkinson, depressão, colostomia	1	
HTA, Insuficiência Venosa, Patologia articular degenerativa, neo face	1	
HTA, osteoporose, Lombocitalgia	1	
HTA, Patologia Cardíaca	1	
HTA, Patologia Cardíaca, Patologia Renal Crônica, Hiperuricemia, várias cirurgias	1	
HTA, Patologia Cardíaca, Ansiedade	1	
HTA, Patologia Cardíaca, Diabetes Mellitus, Patologia da tireoide, Dermatose bolhosa, fratura do braço esquerdo	1	
HTA, Patologia Cardíaca, Dislipidemia, PTJ bilateral	1	
HTA, Patologia cardíaca, Patologia Hepática, HTA portal, Anemia, Patologia Renal Crônica, PAC bilateral, fratura do joelho esq.	1	
HTA, patologia osteoarticular, PTA direita, insuficiência renal	1	
HTA, Perturbação do sono, dislipidemia, HBP, Diabetes Mellitus	1	
HTA, síndrome neurodegenerativo, dislipidemia, perturbação do sono, síndrome da coluna com irradiação de dor neurodegenerativo	1	
HTA, Trombose Pulmonar, Dislipidemia, Mal de Pott	1	
HTA, Dislipidemia, alcoolismo, tentativa de suicídio, gastrite crônica, depressão	1	
HTA, dislipidemia, DMII; Hipoacusia, síndrome demencial, hipotireoidismo, fratura do ramo isquiopúbico	1	
HTA, DMII, patologia cardíaca, depressiva	1	
HTA, síndrome depressivo, dislipidemia	1	
HTA; DMII	1	
HTA; Doença venosa	1	
HTA; DPOC; Diabetes	1	
HTA; fratura fêmur esquerdo	1	
HTA; Poliomielite na infância; Patologia osteoarticular; Psoríase; Depressão.	1	
HTOcular, Insônia	2	
Insuficiência Cardíaca, hiperuricemia, Bronquite crônica, PTA	1	
Insuficiência Venosa, Insuficiência cardíaca, HTA, DPOC, Anemia Crônica, Insuficiência Renal	2	
mastectomia total, dislipidemia, patologia osteoarticular degenerativa, colecistectomia, diverticulose, esofagite, gastropatia do antro	1	
meningite ao nascimento, atropelamento com TCE, cirurgia maxilar	1	
Nefrolitíase, HBP, glaucoma dir., tuberculose, patologia óssea degenerativa	1	
neuropatia periférica síndrome da coluna com irradiação de dor	1	
Obesidade, HTA, Diabetes Mellitus	1	
obstipação, lesão medular neuromotora da C3	1	
Paralisia cerebral na infância; osteoporose, espondilose lombar	1	
Paraplegia, amputação MIE, HTA, DM2, alcoolismo, colostomizado, uretrotomia, bexiga neurogênica	1	
Patologia cardíaca, DMII, Dislipidemia, EAM, osteoporose, EAM, AVC,	1	
Patologia cardíaca, mastectomia radical	1	
Patologia cardíaca, osteossíntese de fratura do fêmur à direita	1	
Patologia psiquiátrica psicótica, glaucoma, anemia, perturbação do sono,	1	

Antecedentes de doenças	n	%
Patologia Cardíaca, HTA, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Psoríase, AVC, gastrite crônica, colecistectomia	1	
Patologia cardíaca, HTA, Dislipidemia, Apneia do sono, Patologia da tireoide, Insuficiência venosa, Reumatismo degenerativo, Diabetes Mellitus	1	
Patologia cardíaca, HTA, Pacemaker, Insuficiência venosa, Diabetes Mellitus	1	
Patologia Cardíaca, Trombo embolia pulmonar, Dislipidemia, Depressão	1	
Patologia osteoarticular	1	
Patologia osteoarticular,	1	
patologia osteoarticular, depressão, Parkinson, dislipidemia, HTA	1	
Patologia osteoarticular, Parkinson	1	
Psoríase, Traumatismo Cervical	1	
PTA bilateral, hemorroides, fratura do ramo i.i.púbico, osteossíntese de fratura trocantérica, colectomia por adenocarcinoma do cólon	1	
PTA dir., Depressão,	1	
PTJ bilateral, Diabetes, Insuficiência Respiratória, patologia tireoide, osteossíntese de fratura trocantérica à esquerda	1	
Saudável	1	
Síndrome Demencial, Depressão e Osteoporose	2	
Síndrome depressivo, dislipidemia	1	
Síndrome Depressivo, encefalopatia isquêmica, HTA, Anemia	1	
Síndrome Depressivo, Ex. Alcoólico, Neo Gástrico,	1	
Síndrome depressivo, HTA, Diabetes Mellitus, Gonartrose, Dismetria dos membros inferiores	1	
Tetraplegia, # C3 e C4, gastrite	1	

