

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA COM RELATÓRIO

CUIDAR E CONECTAR

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE COMBATE AO ISOLAMENTO SOCIAL

Raquel da Luz Gonçalves Batista

ORIENTAÇÃO

Professora Doutora Joana Rita Pimenta Nobre

Beja, julho de 2025



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESTÁGIO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA COM RELATÓRIO

CUIDAR E CONECTAR

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE COMBATE AO ISOLAMENTO SOCIAL

Raquel da Luz Gonçalves Batista

RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM, ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

ORIENTAÇÃO

Professora Doutora Joana Rita Pimenta Nobre

Beja, julho de 2025

Cuidar e Conectar

Raquel da Luz Gonçalves Batista

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ermelinda Carmo Valente Caldeira

Arguente: Mestre e Especialista Teresa do Rosário Teixeira Marques Dionísio Mestre

Orientador: Professora Doutora Joana Rita Pimenta Nobre

Data: 18 de julho de 2025

RESUMO

O envelhecimento representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, já que se trata de um fenómeno com marcas ao nível socioeconómico e com impacto significativo na saúde pública. Neste contexto, o isolamento social emerge como um dos principais desafios associados ao envelhecimento, dada a sua forte correlação com o declínio funcional, cognitivo e emocional das pessoas idosas. A promoção da saúde assume, por isso, um papel fundamental na capacitação dos indivíduos para a adoção de comportamentos que favoreçam o bem-estar e a integração social. Este relatório de estágio resulta da implementação de um projeto de intervenção comunitária desenvolvido no âmbito das unidades curriculares de Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório, do Mestrado em Enfermagem – especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. A intervenção foi operacionalizada numa Unidade de Cuidados na Comunidade da região do Alentejo e teve como principal objetivo combater o isolamento social em pessoas idosas com 65 ou mais anos, que residem sozinhas e isoladas. O projeto foi instituído utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde, onde foram delineadas estratégias que visaram promover o envelhecimento ativo e saudável, estimular a participação em atividades comunitárias e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos participantes. Este trabalho visa, ainda, refletir sobre a evolução do processo de estágio e as competências adquiridas, quer no domínio da prática especializada em enfermagem, quer na aquisição do grau de mestre.

Palavras-Chave: Enfermagem comunitária; Isolamento social; Promoção da saúde; Saúde pública; Solidão

ABSTRACT

Ageing represents one of the most concerning demographic phenomena of modern 21st-century societies, as it carries significant socio-economic implications and a substantial impact on public health. In this context, social isolation emerges as one of the main challenges associated with ageing, due to its strong correlation with functional, cognitive, and emotional decline among older adults. Health promotion therefore plays a fundamental role in empowering individuals to adopt behaviours that foster well-being and social integration. This internship report results from the implementation of a community-based intervention project developed within the curricular units of Internship in Community and Public Health Nursing and Internship with Report in Community and Public Health Nursing, as part of the Master's Degree in Nursing – specialization in Community and Public Health Nursing. The intervention was carried out in a Community Care Unit in the Alentejo region and had as its main objective the reduction of social isolation among older people aged 65 or over, who live alone and in isolation. The project was structured using the Health Planning Methodology, through which strategies were designed to promote active and healthy ageing, stimulate participation in community activities, and contribute to improving the quality of life of the participants.This work also aims to reflect on the development of the internship process and the competencies acquired, both in the domain of specialised nursing practice and in the pursuit of the master's degree.

Keywords: Community nursing; Social isolation; Health promotion; Public health; Loneliness

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho representa o culminar de um percurso exigente, marcado por um profundo investimento pessoal e profissional. Este trajeto não teria sido possível sem o contributo e apoio de diversas pessoas e entidades, às quais manifesto o meu sincero reconhecimento.

Dirijo um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Joana Nobre, pela orientação rigorosa, partilha de conhecimento, disponibilidade constante, incentivo e motivação demonstrados ao longo de todas as fases dos estágios e do projeto.

Agradeço, igualmente, às Enfermeiras Supervisoras que me acompanharam durante os estágios, pela generosidade na partilha da sua experiência, conhecimentos, disponibilidade e apoio, que foram determinantes para o desenvolvimento e a concretização deste projeto de intervenção.

Às entidades e parceiros que possibilitaram a implementação do projeto, expresso a minha gratidão pelo envolvimento e compromisso demonstrados. Destaco, de forma especial, a colaboração da vereadora da Câmara Municipal, dos presidentes das Juntas de Freguesia envolvidas e da Universidade Sénior local, cujo contributo foi essencial para a operacionalização das atividades. Estendo o meu agradecimento a todos os intervenientes, pelo interesse, disponibilidade e espírito de cooperação.

À minha entidade patronal, e particularmente às Enfermeiras Chefes dos serviços onde exerci/exerço funções, agradeço a compreensão e as condições facultadas que permitiram a minha frequência assídua neste mestrado. A todos os colegas que, com generosidade e espírito de entreajuda, se prontificaram a ajustar horários e a manifestar apoio, deixo o meu profundo reconhecimento.

Dirijo ainda um agradecimento muito especial às colegas de curso, com quem partilhei desafios, projetos e aprendizagens ao longo deste percurso. A sua colaboração, apoio e companheirismo foram fundamentais não só na realização de trabalhos conjuntos, mas também no estímulo mútuo que contribuiu para o crescimento pessoal e académico de cada um de nós.

Na esfera pessoal, agradeço com especial carinho ao meu companheiro e à minha família, pelo apoio incondicional, pela confiança que sempre depositaram em mim e pelas palavras de encorajamento que me acompanharam em cada etapa deste percurso, mesmo quando a presença física não foi possível.

Este caminho só foi possível com o apoio, incentivo e presença de todos vós. **Muito obrigada.**

ÍNDICE

RESUMO IV

ABSTRACT V

AGRADECIMENTOS VI

1. INTRODUÇÃO 14

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO 17

2.1 ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE 17

2.2 ISOLAMENTO SOCIAL E A SOLIDÃO 20

2.3 DETERMINANTES DO ISOLAMENTO SOCIAL 22

2.4 IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA 25

2.5 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER 27

3. ENQUADRAMENTO PRÁTICO 31

3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE 31

3.1.1 A UNIDADE DE SAÚDE – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE 31

3.1.2 A UNIDADE DE SAÚDE – UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA 32

3.2. A COMUNIDADE 33

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE 37

4.1 METODOLOGIA 37

4.2 QUESTÕES ÉTICAS 38

4.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO 40

4.3.1 PARTICIPANTES E CONTEXTO 40

4.3.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 42

4.3.3. ANÁLISE DOS DADOS 43

4.3.4. PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO 43
4.4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES 52
4.5 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS 56
4.6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS 57
4.6 PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO 59
4.7.1. ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO 62
4.7.2 RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS E ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL 63
4.7.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES 65
4.7.4 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO 65
4.7 MONOTORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO 65
4.8.1 MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO 66
4.8.2 MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS 68
5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DOS ESTÁGIOS 71
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 74
6.1 COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE 74
6.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 75
6.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA 79
7. CONCLUSÃO 83
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 86
ANEXOS 97
ANEXO A 98
PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA 98
ANEXO B 100
AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS 100
ANEXO C 102
ESCALA UCLA 102

ANEXO D 104
ESCALA LSNS-6 104
ANEXO E 106
FOLHETO INFORMATIVO 106
ANEXO F 108
FORMAÇÃO "CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO", "CUIDADOS PALIATIVOS" E "CONTROLO DA DOR – MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS" 108
ANEXO G 112
"PNS EM MOVIMENTO" 112
APÊNDICES 114
APÊNDICE A 115
CONSENTIMENTO INFORMADO 115
APÊNDICE B 118
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA ESCALA UCLA 118
APÊNDICE C 120
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA ESCALA LSNS 6 120
APÊNDICE D 122
PEDIDO DE AUTORIZAÇÕES A OUTRAS UNIDADES PARA PARCERIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO 122
APÊNDICE E 124
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 124
APÊNDICE F 127
TABELAS RESULTANTES DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO 127
TABELA 1 – SEXO 128
TABELA 2 – IDADE 128
TABELA 3 – ESTADO CIVIL 129
TABELA 4 – ESCOLARIDADE 129

TABELA 5 – PROFISSÃO 129
TABELA 6 – VALOR MENSAL REFORMA/PENSÃO 130
TABELA 8 – FREGUESIA 130
APÊNDICE G 131
RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA UCLA 131
TABELA 1 – UCLA1 132
TABELA 2 – UCLA2 132
TABELA 3 – UCLA4 132
TABELA 4 – UCLA5 133
TABELA 5 – UCLA7 133
TABELA 6 – UCLA11 133
TABELA 7 – UCLA12 134
TABELA 8 – UCLA18 134
TABELA 9 – UCLA TOTAL 135
TABELA 10 – DIMENSÃO ISOLAMENTO SOCIAL 135
TABELA 11 – UCLA DIMENSÃO AFINIDADES 136
TABELA 12 – UCLA DIMENSÃO AFINIDADES E VARIÁVEL SEXO 136
TABELA 13 – SCORE MÉDIO UCLA 137
APÊNDICE H 138
RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA LSNS-6 138
TABELA 1 - FAMILIARES QUE VÊ OU FALA PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 139
TABELA 2 - QUANTOS FAMILIARES SE SENTE PRÓXIMO PARA PEDIR AJUDA 139
TABELA 3 - QUANTOS FAMILIARES SE SENTE Á VONTADE PARA FALAR SOBRE ASSUNTOS PESSOAIS 139
TABELA 4 – AMIGOS QUE VÊ OU FALA PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 140
TABELA 5 – QUANTOS AMIGOS SE SENTE PRÓXIMO PARA PEDIR AJUDA 140
TABELA 6 – QUANTOS AMIGOS SE SENTE Á VONTADE PARA FALAR SOBRE ASSUNTOS PESSOAIS 140

TABELA 7 – RESULTADOS LSNS-6 TOTAL 141
TABELA 8 – RESULTADOS LSNS-6 SUBESCALA FAMÍLIA 141
TABELA 9 – RESULTADOS LSNS-6 SUBESCALA AMIGOS 142
TABELA 10 – SCORE MÉDIO LSNS-6 142
APÊNDICE I 143
CONVITE PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO 143
CONVITE 1 144
CONVITE 2 144
CONVITE 3 145
CONVITE 4 145
APÊNDICE J 146
APRESENTAÇÃO DO PROJETO 146
APÊNDICE L 148
QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO 148
APÊNDICE M 150
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES 150
APÊNDICE N 152
APRESENTAÇÃO "CUIDADO COM O FRIO" 152

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender: 28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por idade: 44
Gráfico 2 - Distribuição por freguesia de residência: 45

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - UCLA: Fatores associados ao diagnóstico de solidão geriátrica: 49
Tabela 2 - LSNS-6: Fatores associados ao risco de isolamento sociali-: 50
Tabela 3 - Determinação de prioridades segundo o Método de Hanlon: 53
Tabela 4 - Objetivos específicos e Metas/Objetivos Operacionais: 57
Tabela 5 - Previsão orçamental do projeto: 64
Tabela 6 - Comparação dos resultados após a intervenção: 68
Tabela 7 - Avaliação das Metas/Objetivos Operacionais: 69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

UNRIC - *United Nations Regional Information Centre*

UNFPA - *United Nations Population Fund*

INE - Instituto Nacional de Estatística

ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

ENEAS - Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

WHO - *World Health Organization*

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESS – Escola Superior de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade da Saúde Pública

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

DGS – Direção-Geral da Saúde

APA - *American Psychiatry Association*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, já que se trata de um fenómeno com marcas ao nível socioeconómico e com impacto significativo na saúde pública.

Na última década em Portugal, agravou-se o fenómeno de envelhecimento da população pelo território, com aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existiam 182 idosos por cada 100 jovens. Observou-se também o aumento de famílias unifamiliares, onde a maioria são pessoas idosas, reformadas e com menos nível de escolaridade, havendo em 2021, mais 161.044 do que em 2011 de pessoas que residem sozinhas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2021).

Em 2008, a Direção-Geral da Saúde (DGS) referiu que a promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes, a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas (DGS, 2008). Tendo em conta que a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o isolamento social afeta a saúde e, consequentemente, a qualidade de vida do ser humano (*World Health Organization* [WHO], 2012), entende-se que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) torna-se fundamental e privilegiado, pois permite o conhecimento, a intervenção e implementação de estratégias junto da população de forma a contribuir para a promoção da sua saúde.

A especialização em Enfermagem Comunitária evidencia-se então, face à constante mudança no perfil demográfico das populações, procura dar resposta a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. De acordo com o Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a intervenção dos Enfermeiros Especialistas nesta área potencializa-se na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, bem como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades, na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (OE, 2010).

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com Relatório do Mestrado em Enfermagem (em Associação) – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que decorreu na Escola

Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Beja, reflete a prática percorrida ao longo de toda a trajetória na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, abordando as aprendizagens adquiridas tais como conhecimentos e as práticas que visam aprimorar a intervenção em enfermagem.

Neste sentido, enquadrou-se a prática clínica sustentando-a na evidência, com recurso à metodologia do planeamento em saúde e à metodologia científica, fundamentando desse modo as intervenções realizadas neste projeto, recorrendo também a uma *Scoping Review* que procura conhecimento atualizado acerca da temática, tendo em vista o incremento e a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem no sentido da prevenção do isolamento social das pessoas idosas na comunidade.

Assim, e numa perspetiva global, o planeamento em saúde é um processo contínuo que ajuda a estabelecer prioridades, objetivos e atividades na área da saúde, levando em consideração as políticas e intervenções adotadas e as limitações de recursos. É visto como uma oportunidade para alcançar consenso, aumentar a colaboração entre os diversos envolventes, facilitar a negociação de intervenções e contribuir para a sustentabilidade no setor da saúde. Além disso, pode contribuir na mudança dos processos de trabalho (DGS, 2004).

Tendo em conta a pertinência da problemática em causa, foi instituído um projeto de intervenção comunitária denominado de "Cuidar e Conectar: Projeto de Intervenção Comunitária no Combate ao Isolamento Social", ancorado na Metodologia do Planeamento em Saúde e enquadrado no âmbito das unidades curriculares, Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública com relatório, da 8ª Edição do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que se desenvolveu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidade de Saúde Pública (USP) do Alentejo, nos períodos de 13 de maio a 12 de julho de 2024 (primeiro estágio) e de 16 de setembro a 31 de janeiro de 2025 (estágio final). O presente projeto foi desenvolvido na comunidade em contexto rural, em quatro freguesias do concelho, dirigido a idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que residissem sozinhos e isolados.

A execução do projeto de intervenção comunitária e a abordagem à temática subjacente teve por base o Plano Nacional de Saúde (PNS), com principal incidência na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) e no Plano para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo Inverno 2024/2025.

Nesta conjetura surge o presente relatório, que tem como objetivo: descrever o processo de aquisição/desenvolvimento de competências de mestre, bem como de enfermeiro especialista em

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com especial enfoque na área da prevenção comunitária do isolamento social das pessoas idosas.

Estruturalmente, este relatório encontra-se organizado em oito capítulos principais. O primeiro capítulo pertence à introdução, no segundo capítulo apresenta-se o enquadramento teórico essencial à compreensão da problemática em estudo. No terceiro capítulo aborda o fenómeno do isolamento social e os seus determinantes, enquadrados no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O quarto capítulo descreve as etapas de implementação do projeto de intervenção, com base na metodologia do planeamento em saúde. O quinto capítulo contempla uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O sexto capítulo, onde se encontram descritas outras atividades realizadas nos contextos dos estágios. O sétimo capítulo onde estão presentes as conclusões do relatório, e por fim no oitavo capítulo as referências bibliográficas.

O presente trabalho foi desenvolvido segundo a norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no Instituto Politécnico de Beja (Sepanas et al., 2024), sendo redigido segundo o acordo ortográfico em vigor, à exceção da bibliografia consultada anterior ao mesmo.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo refere de forma breve, a importância de se desenvolver este projeto na área do Envelhecimento Ativo, mais especificamente no combate ao Isolamento Social de pessoas idosas em contexto rural, utilizando uma faixa etária delimitada com idades iguais ou superiores a 65 anos.

O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores avanços da humanidade, refletindo a melhoria das condições de vida e o aumento da longevidade. No entanto, esse fenômeno também impõe desafios significativos que vão além do âmbito individual, tornando-se uma questão de relevância social, económica e política em escala mundial (Albert & Freedman, 2020). A longevidade é um dos grandes desafios na busca do cuidado integral que assegura a qualidade de vida dos idosos. O reconhecimento dos fatores demográficos, epidemiológicos e socioeconómicos associados a este fenómeno são essenciais para o planeamento de ações em saúde, bem como a importância da capacitação dos enfermeiros para o investimento no conhecimento e educação permanente que exija uma abordagem holística, flexível e adaptada à realidade dos idosos (Bretanha et al., 2013).

Torna-se, por este motivo, pertinente entender, segundo vários autores, a definição dos conceitos mais relevantes deste relatório, tais como: **envelhecimento, vulnerabilidade, isolamento social e a solidão**, de forma a compreender o impacto que cada um destes conceitos têm sobre a saúde e a qualidade de vida nos idosos, bem como a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

2.1 ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE

O envelhecimento populacional será uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, afeta diversos setores da sociedade e estima-se que o número de idosos com 60 anos ou mais irá duplicar até 2050 e triplicar até 2100, podendo atingir 3,1 mil milhões de pessoas nessa faixa etária. A população global idosa está a crescer rapidamente em comparação com os outros grupos etários mais jovens, cerca de 3% ao ano. Em 2017, estimava-se que, no mundo inteiro, 962 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais – representando 13% da população mundial (Centro Regional de Informação das Nações Unidas [UNRIC], 2024). O envelhecimento constitui uma vitória do desenvolvimento socioeconómico

e da saúde pública que, em simultâneo, gera um desafio de adaptação da sociedade (*United Nations Population Fund* [UNFPA], 2012). É determinado a nível coletivo, com base na proporção da população de pessoas idosas na população total, e condicionado por diversos fatores, considerando-se como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo vital. Para a OMS, é considerado idoso aquele que tem 60 ou mais anos de idade, nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, essa etapa de vida começa oficialmente aos 65 anos como é o caso de Portugal, em que toda a pessoa com 65 ou mais anos de idade é considerado idoso (PORDATA, 2016).

Na última década, o nosso país registou um decréscimo populacional de 2,1% e acentuaram-se os desequilíbrios na distribuição da população pelo território, com uma maior concentração das pessoas no litoral e junto à capital. Agravou-se também o fenómeno de envelhecimento, com o aumento expressivo do número de idosos e a diminuição do número de jovens. As alterações na estrutura etária da população resultam na continuação do processo de envelhecimento demográfico, verificando-se um aumento da idade mediana da população residente em Portugal de 45,0 para 47,0 anos, entre 2017 e 2022 (INE, 2021). Portugal é, a par da Itália, o país da União Europeia (UE) com maior percentagem de população idosa, com quase o dobro dos idosos face aos jovens, e é o segundo país da UE com maior índice de envelhecimento e o quarto do mundo com maior proporção de população idosa (PORDATA, 2016).

O atual crescimento desta população, é decorrente do aumento da expectativa de vida, que evidencia esse processo fisiológico natural pelo qual todos os seres vivos passam, é a fase da vida na qual ocorrem as maiores mudanças biopsicossociais, e é justamente quando se chega ao auge da maturidade que as questões da autonomia e da vulnerabilidade se cruzam (Duarte de Almeida, 2010).

O envelhecimento não é uma doença e não pode ser evitado. A pessoa que se torna vulnerável pelo envelhecimento é qualquer uma que tenha a oportunidade de viver o suficiente para envelhecer. No envelhecimento humano, a presença de vulnerabilidade está relacionada com a diminuição das capacidades físicas, cognitivas e sociais. Assim, viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social, a solidão, a dependência física, mental, económica, a estigmatização e possíveis abusos (físicos, psicológicos, sexuais, financeiros, materiais, por discriminação, ou por negligência) (DGS, 2017).

As pessoas idosas são, na população portuguesa, aquelas que, pela sua vulnerabilidade, mais carecem de apoio e cuidados especializados (PORDATA, 2016). O conceito de vulnerabilidade individual está relacionado com a capacidade de um indivíduo de lidar com informações sobre um problema, de

processar essas informações e de agir de forma protegida. Trata-se também do conjunto de características que tornam uma pessoa mais ou menos suscetível a doenças e modificadores de saúde, como a idade, a hereditariedade e o acesso a determinadas informações. Desta forma, o envelhecimento está associado ao aumento do risco de problemas de saúde, o que pode diminuir a capacidade do idoso, tornando-o mais suscetível a doenças e o risco de morte (Paz et al., 2007). É, desta forma, importante que existam intervenções em diferentes níveis e setores para reduzir a vulnerabilidade das pessoas idosas, ao mitigar a probabilidade de uma ameaça se tornar um perigo ou ao reforçar a sua capacidade de lidar com as ameaças e os efeitos negativos resultantes das vulnerabilidades acumuladas durante toda a vida (DGS, 2017).

Por esse motivo, os comportamentos geradores de mais saúde e qualidade de vida para a pessoa idosa devem constituir, na essência, uma extensão da consciência ética, uma vez que refletem a responsabilidade individual e coletiva para com o envelhecimento digno (Salmanzo-Silva et al., 2013). O envelhecimento ativo e saudável é determinado como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, e para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Define-se também como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo esta o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (OMS, 2015).

A OMS definiu um plano para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, que consiste em dez anos de colaboração concertada, catalisadora e sustentada. Os idosos são o eixo central do plano que unirá os esforços dos governos, sociedade civil, organizações internacionais, profissionais, instituições académicas, meios de comunicação social e do sector privado, a fim de melhorar a vida destas pessoas, bem como as das suas famílias e comunidades. Este é o segundo plano de ação da Estratégia Global para a OMS sobre envelhecimento e saúde, e que se insere no calendário da Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

A Agenda 2030 responsabiliza os países para a inclusão de estratégias de desenvolvimento sustentável nos seus planos, programas e projetos, sendo que Portugal não fica de fora dessa responsabilidade. O PNS 2030 (Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, 2023) tem por finalidade: "melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras (p. 72)".

Em Portugal, foi criado um plano de ação, a ENEAS, que vai de encontro ao PNS para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, bem como para a inclusão social das pessoas idosas. Essa estratégia foi criada com o objetivo de garantir que as pessoas possam envelhecer com qualidade de vida, mantendo-se ativas, independentes e integradas na sociedade, tendo, desta forma, um papel importante na saúde física e mental, contribuindo para a diminuição do seu risco de solidão e isolamento social (DGS, 2017).

A ENEAS defende a importância do estímulo ao envelhecimento ativo e da promoção da inclusão social das pessoas idosas. Rege-se por um conjunto de linhas orientadoras da ação e medidas estruturadas a partir de eixos estratégicos (Saúde, Participação, Segurança, Medição, Monitorização e Investigação) focadas na implementação de intervenções nos Sistemas de Saúde, no Sistema Social e outros, tendo por base uma abordagem multidisciplinar no que concerne aos valores e princípios que devem nortear a ação. As linhas orientadoras da ENEAS para o eixo estratégico "saúde", são propostas com base nas orientações da OMS que sugerem um quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável, com um objetivo comum: maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas (DGS, 2017).

2.2 ISOLAMENTO SOCIAL E A SOLIDÃO

O envelhecimento associado ao aumento do risco de doenças e às suas consequências provocam nesta etapa fenómenos como a solidão e o isolamento social (Montijo, 2018). O ser humano é um ser social, sendo as relações interpessoais uma parte fundamental do seu bem-estar. A OMS definiu, em 1948, a saúde como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", compreendendo-se a importância da interação social para um estado de saúde (WHO, 1999). Na realidade, o suporte e integração social têm vindo a demonstrar ter efeitos protetores nos *outcomes* de mortalidade e morbilidade da população (Ribeiro, 2022).

O isolamento social define-se pela falta de contacto social ou familiar, ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e ausência ou dificuldade no acesso a serviços. Normalmente, relaciona-se com limitações externas que acabam por restringir esta socialização, muito justificado com doenças crónicas, condições físicas, habitacionais ou de acessibilidade (Ribeiro, 2022).

O isolamento social pode decorrer da vivência de solidão, a qual é compreendida como um estado emocional complexo e de natureza subjetiva, geralmente associado à ausência de interações sociais

significativas, ao enfraquecimento do sentimento de pertença ou à perceção de desconexão face ao meio envolvente. Esta condição representa, muitas vezes, uma discrepância entre o desejo de contacto social e a experiência efetiva desse contacto. A solidão distingue-se, assim, do isolamento social pelo seu carácter eminentemente percecionado, na medida em que uma pessoa pode sentir-se só mesmo quando acompanhada, ou, pelo contrário, experienciar bem-estar mesmo com escassa interação social (Ribeiro, 2022).

Importa, ainda, destacar que a solidão constitui um sentimento penoso e angustiante, frequentemente associado a um profundo mal-estar, resultante da perceção de ausência de apoio, sobretudo de natureza afetiva. Neste sentido, é possível distinguir entre a solidão social — na qual o indivíduo se sente só e insatisfeito devido à escassez ou inexistência de uma rede de suporte social — e a solidão emocional, caracterizada pela ausência de uma relação pessoal íntima e significativa. Diversos fatores, de índole situacional ou relacionados com traços de personalidade, podem, isoladamente ou em interação, contribuir para a vivência da solidão. Estes sentimentos tendem a configurar um fenómeno multidimensional, onde papéis sociais não cumpridos ou expectativas irreais podem constituir elementos fundamentais na sua etiologia (Azeredo & Afonso, 2016).

A solidão é um tema complexo que se associa ao isolamento e a viver sozinho. É importante destacar que esses conceitos não são sinónimos, pois ter uma vasta rede social não significa necessariamente não se sentir solitário, e viver sozinho não implica estar sozinho ou sentir solidão. Muitas pessoas que vivem sozinhas não se sentem isoladas, mas a maioria das pessoas isoladas são aquelas que vivem sozinhas (Leite & Carvalho, 2012). Sendo assim, viver sozinho não implica viver em solidão, mas os processos de envelhecimento podem potenciar uma vida social pouco intensa, que por sua vez se reflete também no estado da saúde física e mental (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA], 2022).

Desta forma, entende-se que as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. Segundo Ramos (2002), o contacto com outras pessoas pode levar à adoção de hábitos saudáveis e contribuir para o aumento de um sentido de autocontrolo, atuando claramente no bem-estar psicológico e físico.

O isolamento social nas pessoas idosas envolve trocas de fatores de risco, que podem variar em forma e em grau ao longo da vida, mas neste grupo etário é amplificado pela sua vulnerabilidade (Walsh et al., 2017). As pessoas idosas que vivem sozinhas são aquelas que, na generalidade, têm as piores condições de vida, tal como apontam os dados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento,

referentes a 2020, os quais indicam que a população residente em risco de pobreza, ou exclusão social, abrangia 19,8% da população portuguesa (INSA, 2022). Segundo a WHO (2021), o isolamento social e a solidão apresentam um risco de mortalidade semelhante a outros fatores, como o tabagismo, obesidade e sedentarismo, podem ser tão prejudiciais para a saúde que contribuem para uma série de patologias que permitem um aceleramento do processo de envelhecimento.

Desta forma, a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2020-2030 contempla a importância da implementação de medidas que mitiguem a solidão e o combate ao isolamento social (DGS, 2017). Como referido anteriormente, viver mais também significa estar mais exposto a riscos, como a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão (United Nations Economic Commision for Europe [UNEC], 2013). E neste sentido é necessária atuação ao nível da prevenção, nomeadamente na identificação e encaminhamento de pessoas idosas em risco ou em isolamento social, de acordo com os recursos disponíveis na comunidade (DGS, 2017).

A promoção da saúde pode e deve proporcionar uma abordagem positiva face aos cuidados de saúde da pessoa idosa, mas também pode refletir os preconceitos e estereótipos. É preciso conhecer a pessoa idosa e a comunidade em que a mesma se insere, pois estas não são um grupo homogéneo e a promoção da saúde e as políticas de saúde devem considerá-lo (Squire, 2005).

2.3 DETERMINANTES DO ISOLAMENTO SOCIAL

Os determinantes de saúde referem-se a fatores sociais, económicos, ambientais, comportamentais e biológicos que influenciam o estado de saúde das pessoas e das populações. Estes fatores podem promover ou comprometer a saúde, sendo fundamentais para compreender e planear intervenções eficazes em saúde pública (Dahlgren & Whitehead, 2006). O modelo conceptual proposto por Dahlgren e Whitehead (2007) fornece uma perspetiva abrangente sobre a forma como os determinantes de saúde se organizam e interagem. O modelo é representado graficamente em um diagrama, e no centro posiciona as pessoas, com as suas características comportamentais individuais e biológicas (idade, sexo e fatores genéticos) que, naturalmente, exercem impacto sobre o seu potencial individual e sobre a sua condição de saúde. Na camada seguinte, surge o comportamento e os estilos de vida individuais (como a alimentação e o exercício físico). Logo após, surge a interação das pessoas com fatores sociais e comunitários (redes sociais e coesão comunitária), seguindo-se pela capacidade de manter a sua saúde influenciada pelas condições de vida, de trabalho, e acesso a bens e serviços essenciais. Por

fim, na camada exterior encontram-se os determinantes relativos às influências das condições socioeconómicas, culturais e ambientais gerais (Dahlgren et al., 2006).

O modelo dos determinantes sociais da saúde de Dahlgren e Whitehead (2006) evidencia que o estado de saúde de um indivíduo não depende exclusivamente de fatores biológicos ou do acesso a cuidados de saúde, mas resulta também da interação de múltiplos fatores sociais, económicos e ambientais. Esta perspetiva implica que a promoção da saúde populacional exige uma abordagem abrangente, que integre as condições de vida, a educação, as políticas públicas e outros determinantes sociais.

A identificação e análise destes determinantes são fundamentais no planeamento estratégico em saúde, na medida em que representam fatores que podem aumentar ou reduzir a probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável (DGS, 2022). Neste enquadramento, o PNS 2021-2030 foi construído com base num diagnóstico abrangente da população portuguesa, evidenciando não só os principais problemas de saúde, mas também os determinantes que os influenciam (DGS, 2022). Entre estes, destacam-se os fatores económicos, demográficos e sociais, cuja relevância foi ainda mais acentuada no contexto pós-pandémico, com o aumento do desemprego, da precariedade e do isolamento social. Estes elementos reforçam a necessidade de intervenções sustentadas em dados epidemiológicos e orientadas para os determinantes estruturais da saúde, especialmente em populações vulneráveis.

Neste âmbito, o isolamento social e a solidão têm sido reconhecidos como importantes determinantes de saúde, fortemente associados a diversos problemas físicos e mentais, incluindo hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, obesidade, disfunções do sistema imunitário, ansiedade, depressão, declínio cognitivo, doença de Alzheimer e, em casos mais graves, morte prematura e evitável (DGS, 2022).

Quando o isolamento social é detetado como indicador negativo, entende-se que terá impacto na saúde e no bem-estar da pessoa, tornando-se assim importante conhecer os fatores de risco, de forma a saber identificar e a intervir o mais precocemente possível. Segundo vários autores, os principais fatores de risco para o isolamento social são os seguintes:

- **Fatores demográficos**: Existe uma maior associação entre isolamento social e as pessoas idosas mais velhas. O aumento da idade, o declínio funcional e a comorbidade de doenças crónicas levam à redução do contato social por parte dos idosos. O género também é considerado um fator de risco, em comparação com os homens, as mulheres são mais propensas a vivenciar isolamento social (Wang et al., 2024).

- **Fatores socioeconómicos**: Podem explicar parte da associação entre isolamento social e doença, em que idosos com escolaridade mais baixa, a residir isolados e com rendimentos mais baixos, geralmente apresentam condições socioeconómicas adversas que contribuem para o isolamento social (Elovainio et al., 2017).

- **Estado civil**: Ser solteiro, divorciado ou viúvo aumenta o risco de isolamento social. Os cônjuges constituem, na maioria, os principais cuidadores dos idosos, e a sua perda contribui para esse risco (Wang et al., 2024). Estes são uma fonte significativa de apoio social, e os que se encontram em um relacionamento tendem a manter um bom estado psicológico, tornando-se mais resilientes para lidar com fatores de stress negativos (Wen et al,. 2022).

- **Fatores comportamentais**: A adoção de estilos de vida não saudáveis, depressão, declínio cognitivo e de estado de saúde (ex: doenças crónicas) subjacentes ao envelhecimento, estão fortemente associados ao isolamento social (Elovainio et al., 2017). A função física deficiente resulta em capacidades limitadas para atividades físicas e diminuição do envolvimento em atividades sociais (Wen et al., 2022).

- **Apoio e participação social**: Pessoas que são socialmente integradas podem ter mais acesso a recursos que ajudam a promover uma melhor saúde, aumentar o acesso ao conhecimento de comportamentos promotores da saúde ou ajudar a amortecer as respostas comportamentais e biológicas negativas do corpo ao stresse (Pantell et al., 2013).

- **Fatores psicológicos**: sentimentos de solidão e perceção de rede social estão intimamente ligados ao isolamento social e podem contribuir para o agravamento de problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade (Santini et al., 2020).

Desta forma, entender os fatores de risco e a importância que cada um assume no estado de saúde das pessoas idosas, ajuda no desenvolvimento de estratégias para mitigar os seus efeitos. Os enfermeiros devem desenvolver uma atitude positiva em relação à vida das pessoas idosas sob os seus cuidados e garantir que elas nunca percam a esperança e a confiança em reconstruir a sua capacidade de cuidar de si mesmos a qualquer momento (Almeida et al., 2021).

2.4 IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

O envelhecimento demográfico, as mudanças no padrão epidemiológico e nas dinâmicas sociais e familiares em Portugal, assim como as novas ameaças à saúde das comunidades, geram novas necessidades em saúde. É, portanto, essencial organizar respostas adequadas e personalizadas, com qualidade e proximidade, que se centralizem na promoção da saúde, na gestão de riscos, na prevenção de doenças e acidentes, e no fornecimento de cuidados de (re)adaptação e suporte (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Atualmente, vivencia-se uma época em que a comunidade se torna mais consciente das suas responsabilidades em relação à saúde e procura assumir um papel ativo, reivindicando o direito aos avanços científicos e tecnológicos, o que faz com que se gerem novos desafios para a capacidade de intervenção dos profissionais de saúde. Por isso, é fundamental que a sua formação básica, especializada e contínua se foque na qualidade, incorporando os resultados da mais recente evidência científica, com o objetivo de desenvolver competências, aprimorar as práticas clínicas, garantir intervenções sustentadas nas políticas de saúde e na melhoria dos seus resultados (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Os Cuidados de Saúde Primários representam o primeiro contacto das pessoas com o sistema de saúde, oferecendo cuidados acessíveis, contínuos e abrangentes, que respondem às suas necessidades ao longo de toda a vida (OE, 2020). Prestam cuidados abrangentes e centrados na pessoa, respondendo às suas necessidades de saúde ao longo do ciclo de vida, e não apenas a patologias específicas. Asseguraram que os indivíduos têm acesso a cuidados contínuos e integrados — desde a promoção da saúde e prevenção da doença, até ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos — prestados o mais próximo possível do seu ambiente quotidiano (WHO, 2025).

A Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. Nos últimos anos, é reconhecido o papel determinante dos Cuidados de Saúde Primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução de problemas colocados pelos cidadãos. Desta forma, um enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública aplica o seu conhecimento na resposta humana aos processos de vida e aos problemas de saúde, adequando as necessidades dos problemas de diferentes comunidades, de modo a proporcionar ganhos em saúde (OE, 2010). A Enfermagem Comunitária é um domínio especializado da profissão de Enfermagem e uma das suas competências centrais é a capacitação de comunidades, cuja definição se enquadra no conceito de empoderamento comunitário (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Cada comunidade deve contar com um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, responsável por avaliar o estado de saúde da população, desenvolver projetos que atendam às necessidades identificadas, implementar ações e acompanhar os resultados com o objetivo de capacitar essa mesma comunidade. Esse profissional também deve colaborar na vigilância epidemiológica, gerando dados importantes para a tomada de decisão (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é o profissional que apresenta alta capacidade de julgamento clínico e de tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde nas comunidades, por meio da:

> "Da promoção da responsabilidade social para com a saúde; Do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; Da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; Do aumento da capacidade comunitária e de "dar voz" ao cidadão; De assegurar infraestruturas para a promoção da saúde" (Regulamento n.º 348/2015, 2015, p 16482).

A Enfermagem Comunitária e a Saúde Pública partilham um objetivo comum na melhoria da saúde populacional através de cuidados preventivos, educação para a saúde e da abordagem dos determinantes sociais da saúde. Embora, baseado na comunidade, a Enfermagem centra-se na prestação de cuidados diretos a indivíduos e famílias, e a saúde pública enfatiza uma abordagem mais ampla das intervenções a nível populacional. Juntas, criam-se campos a uma abordagem sinérgica à promoção da saúde, fazendo a ponte entre o cuidado individual e o bem-estar da comunidade (Alanazi et al., 2024).

A promoção da saúde é uma pedra basilar de ambas as disciplinas, tal como definido pela OMS, que enfatiza a capacitação dos indivíduos e das comunidades para aumentar o controlo sobre a sua saúde (WHO, 2016). Os enfermeiros desempenham um papel vital neste processo, atuando como educadores, defensores e agentes de mudança dentro das comunidades (OE, 2021). A sua posição única permite-lhes traduzir a saúde pública com iniciativas em benefícios tangíveis para os indivíduos, especialmente em populações vulneráveis. As comunidades intervencionadas com uma maior integração de Enfermeiros de Saúde Comunitária e de Saúde Pública obtêm melhores resultados (Alanazi et al., 2024).

Deste modo, se depreende que o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde pública, ao intervir na comunidade, é o profissional de saúde mais qualificado, com competências decisivas na resposta adequada às necessidades sentidas. Garantir a presença dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública nos Cuidados de Saúde Primários é uma estratégia crucial para fortalecer o Sistema de Saúde como um todo e proporcionar uma resposta mais eficaz às necessidades da população (Neto, 2023).

2.5 MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de promoção da saúde quer à pessoa, à família e/ou comunidade (Stanhope & Lancaster, 2011). Esta premissa representa o centro das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde das pessoas.

Neste contexto, as intervenções realizadas neste projeto, nos estágios foram alicerçadas no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se considerou o mais adequado na implementação do projeto de intervenção comunitária no âmbito da promoção da saúde das pessoas idosas que residem sós e isoladas. Desta forma, este modelo permite compreender a complexidade dos comportamentos de saúde, delineando estratégias de intervenção dirigidas as pessoas idosas na promoção de comportamentos de combate ao isolamento social. A promoção da saúde é vista como um processo de capacitação da comunidade, visando a melhoria das suas condições de vida e saúde (Kruahong et al., 2023).

Pender (2011) conceptualiza o indivíduo como um organismo biopsicossocial, cuja identidade e comportamento resultam da interação recíproca com o ambiente. Este é simultaneamente um agente influenciado e influenciador do meio em que se insere, procurando moldá-lo de forma a potenciar a expressão do seu potencial humano, tanto inato como adquirido. Assim, reconhece-se que as características individuais e a experiência de vida condicionam significativamente os comportamentos adotados, o que, no caso dos idosos, os torna particularmente suscetíveis às influências sociais e ambientais que podem potenciar situações de isolamento social. De acordo com a mesma autora (Pender, 2011), o ambiente pode ser conscientemente manipulado pelo indivíduo de forma a criar um contexto facilitador de comportamentos promotores de saúde. O Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvido por Pender, salienta a importância das escolhas relacionadas com o estilo de vida como fatores determinantes na promoção da saúde e bem-estar. Neste enquadramento, o isolamento social é entendido como um fator com impacto substancial no estilo de vida, especialmente em populações envelhecidas e vulneráveis.

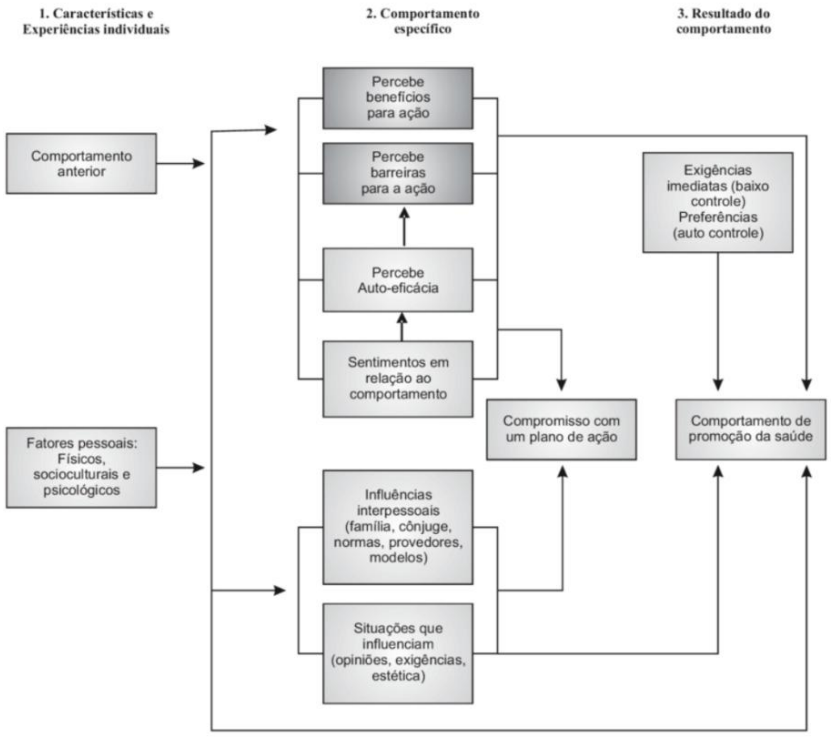
Deste modo, ao considerar o isolamento social da pessoa idosa como objeto de intervenção, importa reconhecer que o comportamento resulta da articulação entre fatores individuais e contextuais, sendo o envolvimento da própria pessoa um elemento central para o sucesso das intervenções em saúde. Quando os planos de promoção da saúde são desenhados tendo em consideração as preferências,

motivações e objetivos do indivíduo, aumenta significativamente a probabilidade de adesão e de adoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis (Pender, 2015).

Este modelo estrutura-se em torno de três componentes fundamentais: (1) as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; (2) os conhecimentos e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar e o (3) comportamento desejável de promoção da saúde. O diagrama que ilustra o modelo (Figura 1) é apresentado em forma de variáveis, e tem como núcleo central os comportamentos e atitudes que se desejam alcançar, os quais são determinantes para a obtenção de ganhos em saúde.

Figura 1:

Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Nota. Fonte: Ribeiro et al., 2023, p. 23536.

O primeiro componente – as características e experiências individuais – engloba comportamentos anteriores que podem exercer influência, positiva ou negativa, na adoção de comportamentos promotores

da saúde. No contexto do envelhecimento, a promoção da capacidade funcional constitui um exemplo de comportamento desejável, conforme preconizado pela OMS (WHO, 2016), que define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo da vida. Este conceito transcende a mera ausência de doença, valorizando a capacidade intrínseca e a funcionalidade como dimensões centrais para a qualidade de vida da pessoa idosa.

Neste enquadramento, é fundamental compreender os fatores de risco que comprometem diretamente a capacidade funcional, o bem-estar psicológico e a saúde global da pessoa idosa, contribuindo, de forma significativa, para o agravamento do isolamento social. A presença de doenças crónicas, limitações físicas ou cognitivas, frequentemente associadas à idade, pode ser agravada pela ausência de redes de apoio social e pela escassez de interações significativas. O combate ao isolamento social, por conseguinte, assume-se como uma prioridade estratégica em saúde pública, com implicações diretas na promoção do envelhecimento ativo e saudável (Cardoso, 2021).

O enfermeiro, enquanto agente privilegiado na comunidade, deve assumir um papel proativo no desenvolvimento de intervenções que promovam o envolvimento social, incentivem a participação em atividades de grupo e facilitem o acesso a redes de apoio. A promoção da saúde, neste domínio, exige uma abordagem multidimensional que contemple a identificação dos fatores etiológicos, a valorização do bem-estar psicológico — destacando-se a autoaceitação, a autonomia e o crescimento pessoal —, bem como o incentivo à adoção de comportamentos saudáveis. O estímulo à participação dos idosos em atividades sociais e culturais, aliado ao reforço das relações interpessoais, configura-se como uma estratégia essencial para mitigar o isolamento social e potenciar os determinantes positivos da saúde (Cardoso, 2021).

O segundo componente central do diagrama de Pender — o "comportamento específico" — refere-se aos sentimentos, crenças e conhecimentos associados ao comportamento que se pretende promover. Este núcleo operacional do modelo integra variáveis modificáveis que podem ser mobilizadas de forma eficaz, desde que exista uma avaliação contextual por parte do enfermeiro e motivação adequada do indivíduo (Pender, 2011). No contexto da intervenção junto de pessoas idosas em situação de isolamento social, estas variáveis ganham particular relevância, pois influenciam diretamente a disponibilidade para a participação em atividades coletivas, a adesão a intervenções comunitárias e a valorização do autocuidado e da autonomia. Neste âmbito, os enfermeiros desempenham um papel essencial ao promover comportamentos saudáveis e socialmente integradores, nomeadamente através da educação para a saúde e da melhoria da literacia em saúde. Como salienta Cardoso (2021), "os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, têm a responsabilidade de promover

comportamentos saudáveis e atuar sobre os determinantes da saúde, adaptando as intervenções às especificidades do envelhecimento" (p. 72). Tais intervenções, além de potenciarem a saúde física, contribuirão para a diminuição do isolamento, promovendo o bem-estar psicológico, o reforço das redes de suporte social e a integração ativa dos idosos na comunidade.

A terceira componente do diagrama — o "resultado do comportamento" — refere-se às consequências que decorrem da adoção de comportamentos promotores de saúde, sendo essas consequências centrais para o reforço da autonomia e independência funcional dos indivíduos. No contexto do envelhecimento saudável, tal como identificado na análise conceptual de Cardoso (2021), estas consequências assumem um papel determinante na capacidade dos idosos para manter o controlo sobre as suas decisões e estilos de vida, o que se traduz em estratégias de combate ao isolamento social.

Neste sentido, a promoção da autonomia e da capacidade de tomada de decisão nos idosos deve ser considerada um objetivo fundamental das intervenções comunitárias, permitindo-lhes envolver-se ativamente nos processos de mudança comportamental. Quando os planos de promoção da saúde são construídos de forma individualizada, respeitando as preferências, valores e contextos socioculturais da pessoa idosa, a probabilidade de adesão às intervenções aumenta significativamente (Pender, 2011). Assim, o sucesso das estratégias de combate ao isolamento social depende, em larga medida, do envolvimento ativo dos idosos no planeamento e execução das ações, favorecendo um envelhecimento participativo e com melhor qualidade de vida.

3. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

3.1. CONTEXTO DE ESTÁGIO E COMUNIDADE

3.1.1 A UNIDADE DE SAÚDE – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A área de abrangência da UCC onde se desenvolveu o projeto está situada no Alentejo. A sua área geográfica é grande e dispersa, contando com uma população de 6.529 utentes inscritos. A estrutura do Centro de Saúde é constituída pela sede e oito extensões que correspondem a seis freguesias diferentes. A cada uma destas extensões corresponde uma lista de utentes. A cada lista corresponde uma equipa de família constituída por um médico, um enfermeiro e um administrativo. Existem nesta área de abrangência, 443 utentes sem médico de família (Ministério da Saúde, 2024).

A UCC iniciou a sua atividade em onze de fevereiro de dois mil e onze, e assume-se como uma unidade ativa, estimuladora de vontades que contribui para a melhoria do estado de saúde e consequente bem-estar da população do concelho. Tem o objetivo de prestar cuidados de saúde de proximidade, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação da unidade móvel de intervenção. Pretende ainda, a prestação de cuidados de saúde de qualidade, personalizados, garantindo acessibilidade, continuidade dos cuidados prestados e abrangência dos contextos sociofamiliares dos utentes, tendo em conta a utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis (Ministério da Saúde, 2024).

O horário de funcionamento da UCC é das 8 horas às 20 horas, nos dias úteis. Aos fins-de-semana e feriados é das 8 horas às 13h. Os Enfermeiros que assegurem o funcionamento da UCC durante os fins-de-semana e feriados serão compensados com descansos e/ou folgas durante a semana seguinte (ou a acordar entre o Enfermeiro e o Coordenador da UCC), estes dias são asseguradas pelos Enfermeiros em regime de rotatividade (Ministério da Saúde, 2024).

A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, que constitui ou colabora com a UCC. Os elementos de enfermagem integram a equipa com a totalidade das suas horas de trabalho semanal, enquanto os restantes profissionais estão em tempo parcial, já que estão integrados noutras unidades,

nomeadamente nos respetivos núcleos profissionais, na USP e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. No total perfazem na equipa quatro enfermeiros, um assistente operacional, um médico, um nutricionista, uma psicóloga, uma técnica de serviço social, um fisioterapeuta, um terapeuta da fala, um técnico de saúde ambiental e uma assistente técnica.

Na constituição da carteira básica de serviços existem os programas de Saúde Escolar, Intervenção Precoce na Infância, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Prevenção da Violência no Adulto, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Como carteira adicional de serviços existe: unidade móvel de saúde, saúde mental, melhoria continua da qualidade, formação profissional, comemorações/eventos e SIADAP.

3.1.2 A UNIDADE DE SAÚDE – UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

O Departamento de Saúde Pública é constituído por as seguintes unidades: Unidade de Saúde Oral; Unidade de Saúde Pública; Unidade de Saúde do Viajante; Centro de Aconselhamento, Deteção e Promoção de uma Sexualidade Responsável; Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalar; Unidade de Juntas Médicas de Avaliação de incapacidade e Consultas Respiratórias da Comunidade. A USP pertence ao Departamento de Saúde Pública e está integrada na ULS do concelho em estudo, que tem por missão contribuir para a melhoria do nível de saúde da população da sua área geodemográfica, com o objetivo da obtenção de ganhos em saúde. A área de influência coincide geograficamente com uma sub-região do Alentejo abrangendo uma superfície de 8,542,7 Km2, correspondente a 9,3% do território nacional (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [USLBA], 2023).

A ULS, integra um Hospital e treze Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), incluindo mais de sessenta Extensões de Saúde, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e a USP. A USP é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, criada pelo Decreto-Lei n.183/2008, de 4 de setembro, e que resultou do conhecimento da mais-valia que a integração entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde aos cidadãos (ULSBA, 2023). De acordo com o Decreto-Lei n.º 81/2009, 2009, as USP são serviços operativos de âmbito local, com a missão de desempenhar várias funções essenciais para a saúde da população. Estas unidades têm a competência para identificar as necessidades de saúde,

monitorizar o estado de saúde da população e os seus determinantes, e promover a investigação e vigilância epidemiológica. Além disso, avaliam o impacto das intervenções em saúde, gerem programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde, conforme os planos nacionais, regionais ou locais de saúde. Entre as áreas de atuação destacam-se a vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral, também participam na execução das atividades relacionadas aos determinantes globais da saúde, como comportamentos e o ambiente, e promovem a formação de profissionais através de cursos pré-graduados, pós-graduados e contínuos.

A USP tem a sede nas instalações de um Centro de Saúde, onde funciona também uma USF. Relativamente ao horário de funcionamento da USP do Alentejo é das 8:30h às 13:00h e das 14:00h às 19:00h, de segunda a sexta-feira e o horário de atendimento ao público é das 9:00h às 12:30h e das 14:00h às 17:00h, de segunda a sexta-feira. A Unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, gerida por um coordenador, sendo por inerência o delegado de saúde, designado nos termos da legislação aplicável às autoridades de saúde. Fazem também parte os seguintes elementos: dois médicos de saúde pública, oito técnicos de saúde ambiental, três enfermeiros de saúde comunitária/saúde pública, um técnico de serviço social, um psicólogo, um engenheiro do ambiente, um engenheiro sanitarista e três assistentes técnicos.

Esta unidade está organizada por várias áreas funcionais que se articulam entre si, designadamente para garantir o bom funcionamento de programas e projetos, quando estes envolvem mais do que uma área funcional. Esta organiza-se pelas seguintes áreas funcionais: Autoridade de Saúde; Vigilância Epidemiológica; Saúde Ambiental; Saúde Ocupacional; Sanidade Internacional; Promoção e Proteção da Saúde; Planeamento e Gestão de Projetos em Saúde. A estrutura funcional da unidade está organizada por áreas distintas, que se articulam entre si com vista à implementação eficaz de programas e projetos que envolvam múltiplas áreas de intervenção. As principais áreas funcionais incluem: Autoridade de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Saúde Ocupacional, Sanidade Internacional, Promoção e Proteção da Saúde, e Planeamento e Gestão de Projetos em Saúde (ULSBA, 2023).

3.2. A COMUNIDADE

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) relativos a 2021, Portugal registou um decréscimo populacional de 2,1% e acentuaram-se os desequilíbrios na distribuição da população pelo território (INE,2021). Agravou-se, desta forma, o fenómeno de envelhecimento da população, com

o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem. A região do Alentejo em estudo, perdeu 9,3% da população residente na última década, o declínio demográfico verificado é acompanhado pelo envelhecimento da mesma. De acordo com os resultados dos Censos 2021, 27,6 % dos residentes têm 65 e mais anos e com este aumento expressivo aumentou também o número de famílias unifamiliares idosas (INE, 2021).

O município alvo de estudo localiza-se na Região Alentejo (NUTS II). Com uma área de 777,88 km2, o território ocupa cerca de 9% do total da Região. Entre 2001 e 2011 verificou-se um aumento da densidade populacional a nível nacional e uma diminuição da mesma nas regiões do Alentejo e no concelho em estudo. Quando comparado com os outros concelhos da sub-região, este foi um dos cinco concelhos que registaram menor diminuição da densidade populacional entre 2011 e 2021 (INE, 2021).

Em 2022, residiam no concelho, aproximadamente 2150 pessoas com 65 e mais anos de idade (Logframe, 2023). À data dos Censos em 2021, a população deste grupo etário representava 32,6% da população residente (Logframe, 2023). Relativamente à variação do número de residentes no território por grupo etário, observa-se uma diminuição transversal a todos os grupos etários desde o ano 2001, com exceção da população com mais de 65 anos que entre 2001 e 2011 aumentou cerca de 5 residentes por cada 100 residentes (Logframe, 2023).

Analisando a evolução da população por grupo etário e concelho, o concelho em estudo está entre os três que apresentam percentagens de população idosa mais elevadas. Destaca-se pela população com mais de 65 anos de idade, valor percentual que se apresenta superior ao valor regional e nacional, inversamente ao que acontece nos jovens e população em idade ativa (Logframe, 2023). É o terceiro concelho de sub-região do Alentejo com o maior número de famílias unifamiliares idosas (INE, 2023). E, foram identificadas a residir no concelho 486 pessoas com 65 ou mais anos: em situação de vulnerabilidade, dos quais 234 estavam isoladas e 76 sozinhas e isoladas, com mais de 65 anos (Logframe, 2023).

De acordo com os dados dos Censos 2021, o número de pessoas com 65 e mais anos do sexo feminino, residentes no concelho, é superior ao número de pessoas do sexo masculino (55,2% e 44,8%, respetivamente). Os valores dos Índices de Dependência de Idosos e de Envelhecimento têm vindo a aumentar desde 2001. Os valores registados no concelho em estudo são superiores aos registados a nível nacional e nas regiões do Alentejo, o que reflete o aumento da população com 65 e mais anos face ao número de crianças e jovens e população em idade ativa (Logframe, 2023).

Relativamente ao **contexto socioeconómico**, de acordo com os Censos 2021, o ganho médio mensal da população residente no concelho era de, aproximadamente 980€, existindo uma disparidade de 5,6% e de 14,4%, por razão do sexo e do nível de habilitações, respetivamente. No ano 2019, as pessoas residentes, tinham o indicador do poder de compra per capita de 81,3, valor esse abaixo do da região do Alentejo (90,8) e a nível nacional (100). Dados de 2021, indicam uma taxa de risco de pobreza (após transferências sociais) para a população residente na região do Alentejo (NUTS II) de 14,9%, quando a nível nacional essa percentagem é de 16,4% (INE, 2021).

A educação é considerada essencial para o desenvolvimento social do território, na medida em que a literacia da população contribui também para a sua qualidade de vida. Os níveis de escolaridade da população, o insucesso, abandono escolar e cobertura territorial dos estabelecimentos de ensino, são indicadores importantes. Neste **contexto educacional**, no que se refere ao nível de escolaridade da população residente no concelho, verifica-se que existe ainda uma percentagem significativa sem qualquer nível de escolarização concluído ou apenas com o 1º Ciclo de Ensino Básico. Ainda assim, verifica-se, uma diminuição significativa da proporção da população sem nenhum nível de escolaridade concluído e um aumento da proporção da população com o ensino secundário e com o ensino superior completos (*Logframe*, 2023). A taxa de analfabetismo tem vindo assim a diminuir no território, ainda que se verifique a permanência deste fenómeno, com cerca de 8,7% da população que não sabe ler nem escrever, continua a ser de maior predominância a população feminina (9,6 nas mulheres e 7,8 nos homens) (Logframe, 2023).

O acesso à habitação, sendo um direito constitucional, é também um dos indicadores de qualidade de vida da população, sendo pretendido por todos uma habitação condigna para viver. Na análise dos dados, **no contexto relativo à habitação,** da densidade de alojamentos (n.º/km2) na região do Alentejo, verifica-se que o concelho em estudo tem das menores densidades de alojamentos o que desde logo mostra a propensão do território para algumas situações de maior vulnerabilidade como o isolamento social, ou os maiores custos a suportar para garantir o acesso a determinados bens e serviços, ou até mesmo ao nível das condições de habitabilidade) (Logframe, 2023).

No **contexto de saúde**, o concelho em estudo apresenta uma carência de profissionais de saúde, com rácios de 1,8 médicos e 4,3 enfermeiros por 1.000 habitantes em 2021, valores inferiores à média nacional de 5,7 e 7,8, respetivamente. As principais causas de mortalidade na ULS da região são doenças do aparelho circulatório (31,9%), tumores malignos (20,7%) e doenças respiratórias (11,9%), refletindo a tendência nacional, embora com taxas superiores na mortalidade por doenças circulatórias e oncológicas. Adicionalmente, verifica-se uma prevalência elevada de diagnósticos ativos como hipertensão,

dislipidemia, perturbações depressivas, obesidade e diabetes, bem como de comportamentos de risco, como o excesso de peso, o tabagismo e o consumo crónico de álcool, todos acima das médias nacionais (Logframe, 2023).

O **contexto relativo à mobilidade e o espaço público** desempenham um papel fundamental no desenvolvimento social do território, pois são componentes interligadas que influenciam diretamente a qualidade de vida e o bem-estar da população. No concelho em estudo, embora a mobilidade pedonal seja viável em contexto urbano, as ligações entre zonas rurais e urbanas são limitadas, exigindo frequentemente transporte próprio, dada a escassez de transportes públicos. Esta realidade, agravada pelo envelhecimento populacional, contribui para o isolamento social das comunidades rurais. As dificuldades de deslocação, especialmente para quem não possui transporte próprio, condicionam o acesso a bens, serviços e cuidados de saúde, acentuando desigualdades territoriais (Logframe, 2023).

4. PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

4.1 METODOLOGIA

O projeto de intervenção implementado foi desenvolvido segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde. Esta, carateriza-se por um processo dinâmico e contínuo, indissociável dos determinantes da saúde e da relação destes com o ambiente onde as unidades de saúde se inserem.

Segundo Tavares (1990), o planeamento em saúde é uma metodologia orientada para o futuro, caracterizando-se como um processo permanente, contínuo e dinâmico. Esse processo é fundamentado com uma tomada de decisões racional, que visa escolher o melhor percurso de ação. Implica uma relação de causalidade entre as ações realizadas e os resultados alcançados, sendo também sistémico, multidisciplinar e interativo. Além disso, o planeamento em saúde atua como uma técnica eficiente de alocação de recursos, sendo cíclico por natureza, o que permite ajustes ao longo do tempo. Na sua essência, é uma técnica que impulsiona a mudança e a inovação dentro do Sistema de Saúde.

Esta metodologia preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos Serviços de Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

O planeamento é um processo de intervenção na realidade socioeconómica ou em alguma das suas diversas áreas, como a saúde, que necessita de uma ampla aceitação para se tornar uma prática institucionalizada. Como técnica, o planeamento consiste em um conjunto de ferramentas para a racionalização das decisões e ações conducentes à transformação da realidade. Baseia-se no diagnóstico da situação, na identificação dos recursos disponíveis, na definição de objetivos e prioridades, na formulação das ações a serem realizadas e na escolha dos meios para atingir as metas propostas (Melo, 2020). A metodologia do planeamento em saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, mas requer igualmente o envolvimento de todos os sectores económicos e sociais que condicionam a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Desta forma, e seguindo a metodologia do planeamento em saúde no presente projeto de intervenção comunitária, partiu-se da premissa de que os recursos disponíveis são limitados, sendo, por isso, essencial garantir a sua utilização de forma eficaz e eficiente, com o objetivo de alcançar os resultados desejados com o menor custo possível e a máxima eficácia relativamente à população-alvo. Esta perspetiva, conforme defendido por Imperatori e Giraldes (1993), implica a identificação de estratégias viáveis e a mobilização de parcerias que viabilizem a concretização das intervenções propostas.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) as principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação, que serão descritas pormenorizadamente ao longo do capítulo 4 do relatório.

Foi realizado um estudo observacional, transversal, descritivo e correlacional de natureza quantitativa, na etapa do Diagnóstico da Situação, para apurar as necessidades de saúde das pessoas idosas, especialmente ao nível do isolamento social. Os instrumentos de colheita de dados selecionados para o efeito foram aplicados a uma amostra de conveniência de pessoas idosas identificadas como estando em situação de isolamento num Concelho da Região do Alentejo. Efetuou-se a análise de estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *SPSS*® versão 27 (*IBM Corp, Armonk, NY, USA*) para *Windows*®. No capítulo 4.3 desta parte do relatório, será abordado o estudo efetuado na etapa do Diagnóstico da Situação de forma mais pormenorizada.

4.2 QUESTÕES ÉTICAS

Para a realização desta investigação existiu uma série de questões a considerar, visto que a pesquisa científica na área da saúde envolve seres humanos, pelo que as questões éticas são um foco central durante todo o processo de investigação. Independentemente dos dados a estudar, a investigação deve ser realizada sempre em conformidade com o respeito pelos direitos e a dignidade das pessoas envolvidas (Fortin, 2009). Visando regulamentar a investigação junto das pessoas, foram instaurados códigos à escala nacional e mundial. Entre as normas internacionais classicamente invocadas para a validação ética dos estudos de investigação incluem-se: A Declaração de Helsínquia, a Convenção sobre os Direitos do Homem, as orientações do *Council for International Organizations of Medical Sciences*.

Assumindo a Declaração de Helsínquia (1964) como um documento base, importa referir que as recomendações contidas nesse documento reportam-se a uma série de regras éticas a cumprir nas

Instituições de Saúde e Comissões de Ética, perspetivando avaliar a investigação sobre seres humanos (World Medical Association, 2013). Todos os dados recolhidos foram usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e foram tratados de acordo com o previsto na legislação em vigor em matéria de proteção de dados e no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Regulamento (UE) 679/2016, 2016).

No que diz respeito à confidencialidade dos dados apenas a mestranda teve acesso aos dados fornecidos pelos participantes. Estes ficaram armazenados no computador da mestranda ao qual apenas a mesma tem acesso sendo que, para tal, é necessário palavra-passe. Todos os dados serão apagados e destruídos decorridos 5 anos do término da investigação efetuada. Os resultados divulgados são sempre sob a forma agregada e nunca de forma que seja possível identificar os participantes deste estudo. Relativamente ao anonimato dos participantes, os questionários não têm nome dos participantes. A cada questionário foi atribuído apenas um código. No sentido de garantir que a participação da população-alvo neste estudo é voluntária e informada, foi elaborado um Consentimento Informado, livre e esclarecido (Apêndice A) para assinatura dos participantes.

No contexto deste estudo, as questões éticas foram cuidadosamente acauteladas, garantindo que todos os participantes tivessem total liberdade para desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de repercussão negativa. Foi assegurado que este estudo não traria riscos ou danos expectáveis para os participantes durante a pesquisa. Todas as medidas foram tomadas para preservar o bem-estar e a integridade dos envolvidos, reforçando o compromisso com os princípios éticos fundamentais da pesquisa científica.

A investigação inerente ao projeto de intervenção comunitária obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde onde decorreram os Estágios e respetivo Conselho de Administração (Anexo A). Foi solicitada autorização para a utilização de ambas as escalas aos autores responsáveis pela validação e tradução das mesmas para Portugal: UCLA (Apêndice B) e LSNS-6 (Apêndice C), tendo-se obtido a respetiva autorização (Anexo B). Foram, ainda, solicitadas autorizações/parcerias de implementação do projeto (Apêndice D) às Unidades Funcionais onde decorreram os estágios, nomeadamente à Coordenadora da UCC e ao Núcleo de Serviço Social da ULS.

4.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação constitui a etapa fundamental de todo o processo de planeamento em saúde, uma vez que serve de base à fundamentação da intervenção e orienta a definição de prioridades. Esta fase integra a identificação de necessidades, bem como o reconhecimento de potencialidades e recursos existentes no meio onde a intervenção terá lugar. Sendo a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, permite aferir o estado de saúde da população, identificar os principais problemas de saúde e compreender os fatores determinantes desses mesmos problemas (Melo, 2020).

O planeamento em saúde configura-se como um processo estruturado, orientado para a utilização racional e eficiente de recursos – geralmente escassos – com o intuito de atingir objetivos previamente definidos, com vista à minimização dos problemas de saúde considerados prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste contexto, o diagnóstico de situação assume-se como o ponto de partida fundamental, tendo como principal finalidade a caracterização aprofundada dos problemas de saúde, de modo a determinar as reais necessidades da população. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), este diagnóstico deverá ser suficientemente abrangente e aprofundado, sem descurar a necessária objetividade e concisão. Neste sentido, foi realizado um estudo a partir do qual é possível definir os principais problemas de saúde e necessidades reais da população-alvo constituindo-se como base sólida para o delineamento das estratégias de intervenção.

4.3.1 PARTICIPANTES E CONTEXTO

De acordo com Melo (2020), a população corresponde ao conjunto de indivíduos que partilham uma ou mais características em comum. A população-alvo, por sua vez, constitui um subconjunto da população geral, sendo definida como o grupo de indivíduos para o qual a intervenção ou estudo é direcionado. Neste sentido, Fortin (2009) reforça que a população-alvo é composta por indivíduos que apresentam características semelhantes e relevantes para os objetivos da investigação. Contudo, nem sempre é exequível incluir toda a população-alvo num estudo, seja por limitações logísticas, geográficas ou temporais. Assim, recorre-se à população acessível, ou seja, o segmento da população-alvo que se encontra disponível e ao alcance do investigador num determinado contexto, como uma região, instituição ou serviço específico (Fortin, 2009).

Desta forma, perante os dados analisados com o aumento do fenómeno do envelhecimento e das famílias unifamiliares idosas no concelho, foi realizado um diagnóstico de situação que possibilitou a identificação do entrecruzamento das necessidades sentidas e das identificadas no diagnóstico social da região, em interação e proximidade do enfermeiro e da comunidade. O diagnóstico social da região, aponta de entre as áreas prioritárias de intervenção o combate ao isolamento social, que se viu agravado após a pandemia. Atendendo a esta realidade e ao envelhecimento acentuado do concelho, foi definida como amostra do estudo a população de pessoas idosas a residir sós e isoladas, considerando-se esta população como particularmente vulnerável e, por conseguinte, prioritária na prestação de cuidados especializados.

Assim, definiu-se como participantes do presente estudo os utentes da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, de uma ULS do Alentejo que cumprissem cumulativamente os seguintes critérios de inclusão:

a) Pessoa com 65 ou mais anos;

b) Residir sozinho;

c) Área de Residência em zonas isoladas.

A amostra foi calculada através de um método de amostragem não probabilística de conveniência, constituída pelos utentes que cumprissem os critérios de inclusão e aos quais os investigadores tiveram acesso. Calculou-se o tamanho da nossa amostra com recurso ao *Australian Bureau of Statistics sample size calculator* (2024), para uma margem de erro de 5% e uma confiabilidade de 95%, o que resultou na necessidade de uma **amostra de 46 participantes**. A partir de uma população total de 52 utentes, obteve-se 46 participantes que responderam aos questionários, constituindo-se como a amostra de conveniência do presente estudo. Entre junho e julho de 2024 os investigadores efetuaram a recolha de dados, deslocando-se ao domicílio de cada utente que aceitou participar no estudo, após efetuado um contacto telefónico prévio. Nos casos em que não foi possível efetuar um contacto telefónico prévio, os investigadores abordaram o utente deslocando-se ao seu domicílio. Foi solicitada a assinatura do consentimento informado a cada um dos participantes, após a sua leitura, onde o documento explicava o estudo em termos do enquadramento do mesmo, a metodologia, os possíveis riscos/benefícios, os procedimentos éticos e a forma de divulgação dos resultados.

Os participantes que sabiam ler e escrever efetuaram o preenchimento direto dos instrumentos de colheita de dados e efetuaram a entrega dos mesmos aos investigadores. No caso dos participantes

analfabetos, os instrumentos de colheita de dados foram preenchidos por um dos investigadores, na presença dos participantes, com base nas respostas fornecidas pelos mesmos.

4.3.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para efetuar a avaliação dos participantes da amostra, foram aplicados os seguintes instrumentos de colheita de dados: um questionário de caracterização sociodemográfica, a *Loneliness Scale* (UCLA) e a Escala de Redes Sociais de *Lubben* versão abreviada (LSNS 6). O questionário de caracterização sociodemográfico é composto por 11 itens de resposta simples (Apêndice E), que foram preenchidos após leitura e assinatura do consentimento informado.

A versão portuguesa da escala UCLA (Anexo C) foi validada para a população portuguesa por Pocinho et al. (2020) e é um instrumento de diagnóstico da solidão geriátrica. É constituída por 16 itens, e apresenta duas dimensões (isolamento social e afinidades). A dimensão da UCLA isolamento social é constituída pelas questões número: UCLA7, UCLA8, UCLA9, UCLA10, UCLA12, UCLA13, UCLA15, UCLA16, UCLA17, UCLA18 e UCLA 19, e a dimensão da UCLA afinidades é constituída pelas questões número: UCLA1, UCLA2, UCLA4, UCLA5 e UCLA11. Os itens que constituem a escala UCLA são questões que pretendem analisar os sentimentos de solidão e relações das pessoas, através de respostas com quatro níveis: frequentemente (4), algumas vezes (3), raramente (2) e nunca (1). O somatório das respostas dadas pelas pessoas é indicativo de sentimentos negativos de solidão e do risco de isolamento. A versão portuguesa da UCLA apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0.905, em que a dimensão isolamento social e a dimensão afinidades possuem um Alfa de *Cronbach* de 0.867 e 0.806, respetivamente, correspondendo a uma muito boa/boa consistência interna. No caso do presente estudo, a UCLA total possui um Alfa de *Cronbach* de 0.876, a dimensão isolamento social 0.816 e a dimensão afinidades 0.775, o que indica uma boa/razoável consistência interna para esta escala e dimensões.

A Escala LSNS-6 (Anexo D), avalia a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. Foi traduzida e validada para português por Ribeiro et al. (2012), com um Alfa de *Cronbach* de 0.798 na escala total e de 0.756 e 0.732 na subescala "família" e na subescala "amigos", respetivamente. No nosso estudo, a LSNS-6 total apresenta um Alfa de *Cronbach* de 0.581, porém como esta medida estatística é muito sensível ao número de itens das escalas e a LSNS-6 possui apenas 6 itens, foi avaliada a correlação média entre itens tendo-se obtido um valor de 0.202 na escala total, o que revela uma boa fiabilidade de consistência interna pois encontra-se no intervalo ótimo recomendado para a

correlação média entre itens (Pallant, 2020). Por sua vez, obteve se um valor de Alfa de *Cronbach* de 0.725 na subescala "família" e de 0.631 na subescala "amigos". A escala LSNS-6 é composta por 6 questões com possibilidade de resposta em 6 níveis que representam a quantidade de pessoas (familiares ou amigos) com que os participantes se relacionam ou confiam. De modo a classificar os idosos em relação às suas redes sociais, designadamente o risco de isolamento social, os autores originais da escala determinaram como ponto corte o valor 12, sendo que abaixo deste valor existirá isolamento social (Ribeiro et al., 2012).

4.3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Para efetuar a análise estatística dos dados obtidos, utilizou-se o SPSS® versão 27 (IBM *Corp*, *Armonk*, NY, USA) para *Windows*®. Recorreu-se à estatística descritiva para descrever as variáveis de acordo com a sua tipologia (qualitativas/quantitativas). Antes de proceder à análise estatística inferencial, analisou-se a normalidade da amostra através do teste *Shapiro-Wilks*, tendo-se verificado que a nossa amostra não apresentava uma distribuição normal ($p<0.05$), pelo que foram realizados testes não paramétricos para avaliação a associação entre as variáveis sociodemográficas e a UCLA e a LSNS (Teste *Mann-Whitney* e Teste *Kruskal-Wallis*), bem como para avaliar a relação entre a UCLA e a LSNS (Correlação de *Spearman*). A significância estatística foi considerada para resultados de $p<0.05$.

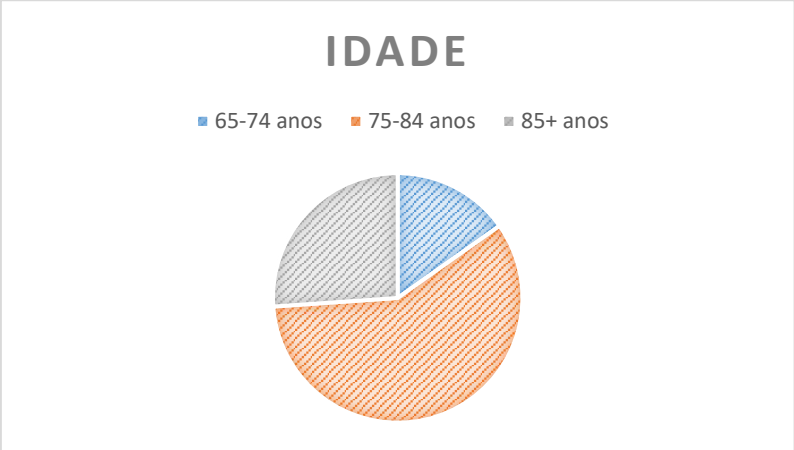
4.3.4. PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica da amostra foi realizada com base nos dados recolhidos através de um questionário estruturado. Os resultados apresentados abaixo, podem ser consultados de forma mais pormenorizada nas tabelas que constam no Apêndice F.

A amostra do presente estudo é constituída por **46 pessoas idosas a residir sozinhas e em situação de isolamento**, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos, apresentando uma média de idade de 80.11 anos (± 5.934). A análise da distribuição etária evidencia que 15.2% dos participantes têm entre 65 e 74 anos, 58.7% situam-se na faixa dos 75 aos 84 anos, e 26.1% têm 85 ou mais anos (Gráfico 1). Esta distribuição reflete uma estrutura etária envelhecida, característica das populações residentes em zonas rurais do interior de Portugal, onde o fenómeno do envelhecimento demográfico é particularmente acentuado (Simões et al., 2017).

Gráfico 1:

Distribuição por idade



Nota. Fonte: Elaboração própria

Quanto à **profissão** exercida durante a vida ativa dos participantes, 76.1% da amostra desempenhou atividades no setor agrícola, confirmando o contexto rural do Concelho em estudo. As restantes profissões incluem áreas como, a construção civil, serviços administrativos, operacionais, vigilância florestal e restauração (totalizando 13 %), atividades domésticas (6.5%) e comércio (4.3%). Esta predominância de profissões ligadas ao setor primário e à economia informal é característica de contextos rurais e tende a associar-se a trajetórias de vida marcadas por baixos rendimentos, menor proteção social e maior vulnerabilidade na velhice (INE, 2023). Relativamente ao **estado civil**, a maioria dos participantes encontra-se viúvo(a) (73.9%), sendo os restantes solteiros(as) (19.6%) ou divorciados(as)/separados(as) (2.2%). A totalidade dos participantes deste estudo reside em habitação própria, localizada em áreas rurais do Concelho em análise, residindo só. Esta condição, aliada à predominância do estado de viuvez, vão ao encontro dos dados do PNS que refere que a maioria das pessoas residentes em Portugal que vivem sozinhas (46.9%) têm 65 ou mais anos, sendo predominantemente do sexo feminino, sobretudo reformadas, que vivem sós por motivo de uma vida conjugal interrompida pela viuvez (DGS, 2022). Esta configuração sociodemográfica tem sido amplamente identificada como um dos principais fatores de risco para o surgimento ou agravamento da solidão e do isolamento social na população idosa (Wang et al. 2024).

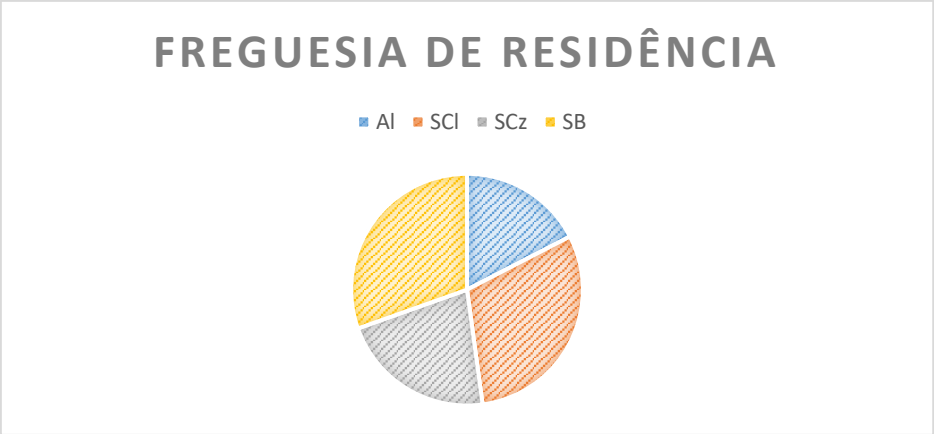
A **escolaridade** da amostra é muito baixa, sendo que a maioria (63%) possui habilitações ao nível do 1.º ciclo de escolaridade, 28.3% dos indivíduos não sabem ler/escrever e 8.7% detém o 2.º ciclo de escolaridade. Este cenário evidencia uma taxa de analfabetismo significativamente superior à média

nacional entre a população idosa, que se situa em cerca de 11%, de acordo com os dados do INE (INE, 2022). A reduzida literacia constitui um fator de risco acrescido para a solidão e exclusão social, uma vez que compromete o acesso à informação, limita a mobilidade social e restringe a participação cívica (DGS, 2022). Os dados do PNS reforçam esta associação, indicando que os indivíduos com menor escolaridade são os que mais frequentemente experienciam sentimentos de solidão (25.8%), sendo esta prevalência ainda mais expressiva com o avançar da idade (DGS, 2022). A evidência científica confirma que níveis reduzidos de literacia estão fortemente relacionados com piores indicadores de bem-estar, maior isolamento social e menor acesso a redes de apoio, tanto formais como informais (WHO, 2021). Os **rendimentos** dos participantes também refletem vulnerabilidade socioeconómica, pois toda a amostra do estudo é composta por pessoas reformadas/aposentadas com pensões baixas, sendo que metade (50%) auferem valores mensais entre os 201€ e 500€, seguindo-se 45.7% entre 501€ e 1.000€, e 4.3% menos de 200€.

O Concelho alvo de estudo é composto por seis freguesias, no entanto, apenas em quatro foram identificadas pessoas idosas a residir sozinhas e isoladas. Assim, a implementação do projeto centrou-se exclusivamente nessas **quatro freguesias**, dado serem as únicas que reuniam os critérios de inclusão previamente definidos. A distribuição dos participantes foi a seguinte: 30.4% na Freguesia de SB, 30.4% na Freguesia de SCl, 21.7% na Freguesia de SCz e 17.4% na Freguesia de Al (Gráfico 2).

Gráfico 2:

Distribuição por freguesia de residência



Nota. Fonte: Elaboração Própria

Para a caracterização da amostra no que respeita aos sentimentos de solidão e à qualidade das suas relações sociais, recorreu-se à aplicação da Escala UCLA. Os resultados obtidos são apresentados de seguida, podendo ser consultados de forma mais detalhada nas tabelas apresentadas no Apêndice G.

A Escala UCLA foi aplicada aos 46 participantes da amostra, e constatou-se que todos responderam integralmente aos itens da mesma. A pontuação média total obtida foi de 33.37 pontos, situando-se acima do ponto de corte de 32, o que indica que 54.3% dos participantes revelam sentimentos negativos de solidão. A análise sociodemográfica destes resultados permite verificar que a solidão afeta de forma mais acentuada pessoas idosas do sexo feminino, viúvos(as) e com baixos níveis de escolaridade, o que corrobora os dados do PNS (DGS, 2022), que identifica a viuvez, a baixa literacia e o envelhecimento como fatores associados à maior prevalência de sentimentos de solidão. Além disso, o contexto rural, caracterizado pela dispersão geográfica e fraco acesso a serviços, pode reforçar este fenómeno, contribuindo para um agravamento da vulnerabilidade social e emocional (Lorenzo et al., 2019). A literatura aponta que o envelhecimento, a viuvez e a escolaridade limitada são determinantes sociais de saúde que contribuem para o aumento do risco de solidão e de isolamento social (Luhmann & Hawkley, 2016).

Relativamente às questões respondidas na dimensão da UCLA afinidades (UCLAAfin), destacam-se três itens com maior expressão de solidão: sentir-se frequentemente infeliz por realizar atividades sozinho (52.2%), experienciar frequentemente falta de companhia (58.7%) e sentir-se completamente só (50%). Estes indicadores refletem a natureza subjetiva e emocional da solidão, frequentemente associada à ausência de relações significativas (Heinrich & Gullone, 2006). Tais dados corroboram os estudos Anyan e Hjemdal (2021) que identificam a ausência de vínculos afetivos como uma das principais causas da solidão emocional na velhice. Nas questões respondidas na dimensão UCLA Isolamento Social (UCLAIsos), os dados revelam uma perceção menos crítica. A maioria dos participantes referiu nunca sentir que não tem a quem recorrer (54.3%), nunca se sentir abandonado (69.6%) ou excluído (87%), e nunca ter dificuldades em comunicar com os que os rodeiam (80.4%). Estes resultados indicam a existência de alguma rede social de apoio, ainda que limitada, e sugerem que o isolamento social objetivo pode não ser tão acentuado quanto os sentimentos subjetivos de solidão. Este desfasamento reforça a distinção conceptual entre solidão e isolamento social, sendo que a primeira é predominantemente subjetiva, enquanto o segundo se relaciona com a ausência de contactos sociais (Paúl, 2017). Este paradoxo entre solidão e isolamento social já foi descrito por diversos autores, que sublinham que a solidão é uma experiência subjetiva e pode ocorrer mesmo na presença de relações sociais, desde que estas não sejam percebidas como significativas (Freitas, 2011; Paúl, 2017).

Estes resultados sugerem que a solidão e a falta de companhia são questões significativas para a maioria dos participantes. A percentagem elevada de indivíduos que se sentem infelizes por fazer coisas sozinhos e estar completamente sozinhos indica que a solidão pode estar a ter um impacto negativo na sua qualidade de vida e bem-estar emocional. Adicionalmente, foi possível constatar, durante a recolha de dados, que todos os participantes dispunham de contacto telefónico com familiares ou conhecidos, o que pode funcionar como um fator atenuante do isolamento social. Ainda assim, como argumentam Savage et al. (2023) a qualidade das interações sociais é frequentemente mais determinante do que a sua frequência, razão pela qual a solidão pode persistir mesmo na presença de algum contacto social.

Em suma, os dados analisados apontam para a coexistência de sentimentos de solidão e algum nível de apoio social nos participantes do nosso estudo, sugerindo uma complexidade na relação entre ambos os fenómenos. Assim, é fundamental reconhecer a solidão como um fator de risco, com impacto potencial na saúde mental e física dos idosos, podendo também contribuir para o agravamento do isolamento social quando não identificado e intervencionado precocemente.

No que concerne ao risco de isolamento social, os resultados obtidos através da aplicação da Escala LSNS-6, encontram-se descritos de forma mais pormenorizada nas tabelas que constam no Apêndice H. Verificou-se que 23.9% dos participantes da nossa amostra se encontram em situação de isolamento social, um resultado que se revela preocupante, tendo em conta as consequências adversas associadas a esta condição nas pessoas idosas (Nicholson, 2012; Nakou et al., 2025). A análise das subescalas da LSNS-6 revela que 15.2% apresentam isolamento social na subescala referente à rede familiar, indicando um risco inferior quando comparado com a subescala relativa à rede de amigos, na qual 26.1% dos participantes demonstram isolamento social, sugerindo maior vulnerabilidade social nesta dimensão.

Na análise da subescala LSNS-6 – Família, observa-se que 54.4% dos participantes referem interações mensais com cinco ou mais membros da família, o que pode ser interpretado como um sinal de manutenção de laços afetivos minimamente ativos. Contudo, a análise das dimensões de apoio percebido revela fragilidades: 63.1% indicam poder recorrer apenas a dois ou um familiar em situações de necessidade, e 69.6% referem confiar em apenas dois ou um familiar para partilha de assuntos de natureza pessoal. Existe ainda 8.7 % dos participantes que afirmam que tem ninguém a quem recorrer em caso de necessidade, nem com quem partilhar assuntos pessoais. Estes resultados apontam para a existência de uma rede familiar funcional, mas restrita, sobretudo no que diz respeito à disponibilidade de suporte emocional e prático. Tal realidade é frequentemente observada em contextos rurais envelhecidos, onde os idosos enfrentam desafios adicionais como a viuvez, a redução do círculo social

por morte de pares e o afastamento geográfico dos filhos, que migram para os centros urbanos (Lorenzo et al., 2019). Estudos como os de Victor e Bowling (2012) corroboram esta tendência, destacando o enfraquecimento dos vínculos familiares como um dos principais determinantes do risco de isolamento social na velhice.

O padrão observado reforça a ideia de que, embora o contacto familiar exista, ele nem sempre se traduz numa rede de suporte eficaz. Esta distinção entre a presença estrutural da rede (número de contactos) e a sua funcionalidade (qualidade e disponibilidade do apoio) é essencial para compreender o risco de isolamento social entre idosos, sobretudo em territórios com menor densidade populacional e menor acesso a serviços (Courtin & Knapp, 2015).

No que respeita à subescala LSNS-6 – Amigos, verifica-se que 26.1% dos participantes tem contacto com 5 a 8 pessoas pelo menos uma vez por mês e 37% dos participantes mantêm contacto mensal com nove ou mais amigos e 37% das pessoas vê 4 ou menos pessoas por mês. No entanto, esta rede apresenta debilidades quando se analisam aspetos de apoio emocional e instrumental. Apenas 56.5% referem poder contar com no máximo dois amigos em caso de necessidade, e 78.3% confiam apenas em dois amigos ou menos para partilhar questões pessoais, e 19.6% não confiam em nenhum. Esta discrepância entre o número de contactos e a qualidade do apoio social percebido reforça a importância de distinguir entre a dimensão estrutural e a dimensão funcional das redes sociais. Ter um número elevado de contactos não garante, por si só, a existência de vínculos significativos ou a perceção de apoio emocional e prático. Esta distinção é reconhecida na literatura, nomeadamente no trabalho de Norlin at al., 2025 que sublinham que a qualidade das interações sociais é mais determinante para o bem-estar do que a mera frequência ou quantidade de contactos. Estes resultados permitem inferir uma maior densidade na rede de contactos informais na dimensão dos amigos, mas uma maior perceção de apoio emocional e instrumental na rede familiar, ainda que esta última também revele limitações importantes. Embora a rede de amigos pareça, em alguns casos, mais numerosa do que a rede familiar, verifica-se que os idosos da nossa amostra atribuem à família um papel mais preponderante como fonte de apoio efetivo. Tal é evidenciado pelo facto de a confiança para lidar com situações difíceis e partilhar preocupações pessoais ser predominantemente depositada em membros da família.

Assim, os dados sugerem que, embora a rede de amigos seja numericamente mais robusta, é na rede familiar que os idosos que compõem a nossa amostra encontram maior proximidade afetiva e instrumental (WHO, 2021). Contudo, ambas as redes apresentam limitações que podem comprometer o bem-estar da população em estudo. Esta realidade confirma a relevância de intervenções comunitárias e

políticas públicas que promovam o reforço das redes de apoio informal, nomeadamente através do envolvimento intergeracional e da valorização dos laços comunitários (DGS, 2022).

Para melhor perceção dos dados estatísticos, apresentam-se na tabela 1 e tabela 2 os resultados dos testes de estatística inferencial relativamente às escalas utilizadas (UCLA e à LSNS-6) e restantes variáveis de caracterização sociodemográfica.

Tabela 1:

UCLA: Fatores associados ao diagnóstico de solidão geriátrica

	UCLA - total	UCLA - IsoS	UCLA - Afin
Sexo	$p = 0.217$ •	$p = 0.328$ •	***p* = 0.023*** •
Estado civil	$p = 0.686$ ••	$p = 0.562$ ••	$p = 0.305$ ••
Idade	$r_s = 0.12; p = 0.425$ •••	$r_s = 0.69; p = 0.650$ •••	$r_s = 0.271; p = 0.069$ •••
Freguesia	$p = 0.835$ ••	$p = 0.920$ ••	$p = 0.789$ ••
Escolaridade	$p = 0.631$ ••	$p = 0.548$ ••	$p = 0.953$ ••
Profissão	$p = 0.277$ ••	$p = 0.341$ ••	$p = 0.171$ ••
Valor mensal da reforma	$p = 0.631$ ••	$p = 0.482$ ••	$p = 0.772$ ••
Como vive (contexto vivencial)	$p = 0.318$ ••	$p = 0.236$ ••	$p = 0.237$ ••

* Valor estatisticamente significativo; • Teste Mann-Whitney; •• Teste Kruskal-Wallis; ••• Correlação Spearman

Ao consultar a tabela 1 verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as escalas (UCLA-Total, UCLA-IsoS e UCLA-Afin) e as restantes variáveis (Estado Civil, Idade, Freguesia, Escolaridade, Profissão, Valor Mensal da Reforma e Como vive). À exceção da variável Sexo onde existem diferenças significativas entre grupos quando associada à variável UCLA – Afin, o que significa que o grupo do sexo feminino teve o valor mais elevado de sentimentos negativos de solidão na dimensão afinidades (*mean rank* = 26.30) do que o grupo do sexo masculino (*mean rank* = 16.38). Estes dados sugerem uma maior vulnerabilidade das mulheres idosas no que se refere à perceção de falta de afinidade e proximidade emocional com outros, aspeto já identificado em estudos anteriores (Anes et al., 2021). Como já referido anteriormente, este padrão está em consonância com os dados nacionais reportados no PNS (DGS, 2022), que indicam que as mulheres idosas tendem a experienciar níveis mais elevados de solidão, nomeadamente em contextos de viuvez, envelhecimento solitário e baixa rede de suporte informal. A maior esperança média de vida das mulheres contribui para que estas, mais frequentemente do que os homens, enfrentem longos períodos de envelhecimento a viverem sozinhas, com menos oportunidades de contacto diário com familiares ou amigos (Victor & Bowling, 2012).

Adicionalmente, fatores culturais e sociais podem explicar esta diferença, dado que as mulheres tendem a atribuir maior valor às relações interpessoais e ao suporte emocional, sendo por isso mais sensíveis à ausência de interações de qualidade (Dykstra, 2009). Assim, a evidência obtida corrobora a literatura que reconhece o género como uma variável significativa na compreensão da experiência subjetiva de solidão na população idosa.

Tabela 2:

LSNS-6: Fatores associados ao risco de isolamento social

	LSNS-6 total	LSNS-6-Familia	LSNS-6-Amigos
Sexo	$p = 0.590$ •	$p = 0.187$ •	$p = 0.095$ •
Estado civil	$p = 0.578$ ••	$p = 0.166$ ••	$p = 0.319$ ••
Idade	$r_s = -0.61; p = 0.685$ •••	$r_s = -0.070; p = 0.645$ •••	$r_s = -0.053; p = 0.725$ •••
Grupo etário	$p = 0.126$ ••	$p = 0.474$ ••	$p = 0.215$ ••
Freguesia	$p = 0.395$ ••	$p = 0.777$ ••	$\mathbf{p = 0.037}$* ••
Escolaridade	$p = 0.953$ ••	$p = 0.778$ ••	$p = 0.967$ ••
Profissão	$p = 0.468$ ••	$p = 0.418$ ••	$p = 0.372$ ••
Valor mensal da reforma	$p = 0.613$ ••	$p = 0.930$ ••	$p = 0.659$ ••
Como vive (contexto vivencial)	$p = 0.367$ ••	$p = 0.850$ ••	$p = 0.174$ ••

* Valor estatisticamente significativo; • Teste Mann-Whitney; •• Teste Kruskal-Wallis; ••• Correlação Spearman

Ao analisar os resultados que constam da tabela 2, é possível verificar que existem diferenças significativas entre grupos da variável freguesia quando associada à variável LSNS-6 subescala Amigos, o que significa que o grupo que reside na freguesia SCz teve o valor mais elevado da LSNS-6 subescala Amigos (*mean rank* = 31.40), seguindo-se o grupo que reside na freguesia de SCl (*mean rank* = 26.82), o grupo que reside na freguesia de Al (*mean rank* = 18.69) e, por último, o grupo que reside na freguesia de SB (*mean rank* = 17.29). Ou seja, os participantes que residem nas freguesias de SB e de Al são os que apresentam maior risco de isolamento social no que respeita à rede de amigos, em contraste com os residentes nas freguesias de SCl e, especialmente, SCz, onde as redes sociais informais parecem ser mais ativas. A diferença entre freguesias poderá estar relacionada com fatores contextuais, como a densidade populacional, distância geográfica, acessibilidade a serviços, características da organização comunitária ou até o grau de mobilização social local. Tal como referem López et al., 2020, contextos rurais mais isolados, com menor dinamismo comunitário e fraco acesso a transportes e serviços, tendem a dificultar a

manutenção de laços de amizade fora da esfera familiar. Além disso, comunidades mais pequenas e envelhecidas poderão apresentar uma oferta limitada de atividades sociais, dificultando a construção ou manutenção de redes de amizade (Courtin & Knapp, 2015). Importa ainda destacar que, embora a freguesia de Al possua uma maior densidade populacional em comparação com as demais, a amostra deste estudo incluiu exclusivamente participantes que viviam sós e em condições de isolamento. Assim, fatores como a baixa mobilidade, a solidão subjetiva, a ausência de redes de suporte próximas ou a pouca participação em dinâmicas comunitárias podem ter contribuído para que esta freguesia registasse também um nível elevado de risco de isolamento social, à semelhança do que se verificou em SB.

No que diz respeito à relação entre o isolamento social e os sentimentos negativos de solidão, encontrámos na nossa amostra uma relação estatisticamente significativa, negativa moderada (r_s (46) = -0.374 p = 0.010), o que significa que, no caso da amostra estudada, quanto maior o sentimento negativo de solidão, maior é o risco de isolamento social, o que corrobora a literatura que aponta para a interdependência entre estes dois. Apesar de conceptualmente distintos — sendo o isolamento social uma condição objetiva e a solidão uma experiência subjetiva —, ambos tendem a ocorrer em simultâneo e a reforçar-se mutuamente. Cacioppo & Cacioppo (2014) sugerem que a solidão pode comprometer os processos cognitivos e emocionais necessários à manutenção de relações sociais, agravando, por sua vez, o isolamento. Da mesma forma, Holt-Lunstad et al. (2015) demonstram que tanto o isolamento como a solidão são fatores de risco diversos para problemas de saúde, incluindo depressão, declínio cognitivo e mortalidade prematura. Embora distintos, o isolamento social e a solidão apresentam frequentemente uma sobreposição, sendo ambos preditores de desfechos negativos em saúde mental e física (Courtin & Knapp, 2015). Assim, a compreensão das especificidades locais e da forma como estas se interligam com as redes de apoio é crucial para a formulação de intervenções comunitárias ajustadas à realidade de territórios com diferentes níveis de vulnerabilidade social e geográfica.

Relativamente às limitações do nosso diagnóstico de situação, destaca-se a aplicação dos questionários que exigiu, em diversos casos, a intervenção direta do investigador, em detrimento do autopreenchimento, devido aos elevados níveis de iliteracia e às dificuldades de compreensão das questões por parte dos participantes, o que poderá ter introduzido algum viés nas respostas. Não obstante estas limitações, os dados obtidos sustentam a necessidade da implementação de estratégias de intervenção orientadas para a mitigação do isolamento social e da solidão em idosos.

4.4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Após o término da fase de diagnóstico de situação, os principais problemas de saúde tornam-se mais evidentes e, para que seja possível estabelecer prioridades, é necessário compará-los entre si (Tavares, 1990). Segundo Imperatori & Giraldes (1993), essa comparação deve considerar tanto a natureza do problema de saúde, quanto o seu nível de abstração. Isso significa que os problemas só podem ser comparados e organizados segundo a ordem da sua importância se pertencerem à mesma categoria.

A análise sociodemográfica da amostra do presente diagnóstico de situação revelou que a maioria dos participantes apresenta baixos níveis de escolaridade, reside sozinho devido à viuvez, possui rendimentos reduzidos e é predominantemente do sexo feminino. A análise dos resultados através da aplicação das escalas UCLA e LSNS-6, validadas para a língua e população portuguesa, vem demostrar que a maioria das pessoas da nossa amostra se encontra com valores indicativos de sentimentos negativos de solidão ou parte em isolamento social. Esta análise, evidenciou que a vulnerabilidade inerente ao envelhecimento associada aos sentimentos de solidão, contribuiu para o isolamento social das pessoas idosas.

De acordo com os resultados do diagnóstico, foram identificados os seguintes problemas: **Sentimento de Solidão** (mais de metade dos participantes, com um score superior a 32 na aplicação da escala UCLA); **Falta de Companhia** (a maioria dos indivíduos sente falta de companhia e sentem-se infelizes por fazer coisas sozinhos); **Isolamento Social** (23.9% das pessoas encontram-se em isolamento social); **Suporte Familiar comprometido** (maioria da população tem um maior contacto com pessoas amigas/vizinhos do que com familiares); **Rendimento inadequado** (mais de metade da população apresenta valores de rendimento mensal inferiores a 500€); e **Baixa escolaridade** (a maioria das pessoas (63%) possui habilitações ao nível do 1.º ciclo de escolaridade e 28.3% não sabem ler/escrever).

A escolha das prioridades prende-se ainda com o tempo, os recursos, o horizonte e a área de programação (Imperatori & Giraldes, 1993). Segundo Melo (2020), é importante priorizar pois perante vários problemas "nem sempre os recursos são suficientes para responder a todos no mesmo tempo disponível" e "a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor" (p.19). Desta forma, foi selecionado o Método de Hanlon (Tavares, 1990), para obter a hierarquização dos problemas a partir de quatro critérios: a amplitude do problema, a gravidade do problema, a eficácia da solução e a exequibilidade da intervenção. Os resultados da aplicação do método encontram-se no Tabela 3.

Este método parte da premissa de que nem todos os problemas identificados em um diagnóstico de situação possuem o mesmo grau de urgência ou viabilidade. Assim, a priorização é realizada com base em quatro critérios principais, representados por variáveis ponderadas: **Magnitude (A)**, refere-se à **dimensão quantitativa** do problema, isto é, ao número de pessoas atingidas ou ao impacto populacional da condição, em que a pontuação varia de **0 a 10**, sendo 0 para problemas de pequena abrangência e 10 para problemas de grande magnitude; **Gravidade (B)**, avalia a **severidade do problema**, considerando desfechos como mortalidade, incapacidade, sofrimento, custo social ou sobrecarga aos serviços de saúde, sendo também pontuada numa escala de **0 a 10**; **Eficácia da solução (C),** este critério considera a existência de intervenções conhecidas e eficazes para enfrentar o problema, em que a escala proposta por Tavares (1990) para esse critério varia de **0.5 a 1.5**, com valores maiores representando maior eficácia comprovada da ação; **Exequibilidade (D) – Critério PEARL**, em que a viabilidade da exequibilidade do problema é avaliada através do acrónimo **PEARL**, composto por cinco componentes: Pertinência, Exequibilidade economia, Aceitabilidade, Recursos disponíveis e Legalidade, sendo cada item do PEARL avaliado binariamente (0 = não, 1 = sim), e o total é transformado num índice entre **0 e 1**, utilizado como o valor de D.

O resultado final é um valor numérico que expressa a **prioridade relativa** de cada problema analisado. Problemas com **maior pontuação** devem ser abordados com **maior urgência** no processo de planeamento e tomada de decisão. Desta forma, os problemas identificados foram ordenados no quadro abaixo e calculados mediante a seguinte formula: Prioridade=(A+B)×C×D, desenvolvendo uma abordagem quantitativa que serviu de alicerce ao projeto implementado.

Tabela 3:

Determinação de prioridades segundo o Método de Hanlon

Determinação de prioridades segundo o Método de Hanlon					
Problemas	**Critérios**				**Resultado** (A+B) CxD
	Magnitude [0-10] A	**Severidade** [0-10] B	**Eficácia** [0.5-1.5] C	**Exequibilidade** 0 ou 1 Não ou Sim D	
Problema 1 Solidão	10	10	1	1	20
Problema 2 Falta de Companhia	10	8	1.5	1	27

Problema 3 Isolamento Social	8	10	1	1	18
Problema 4 Suporte Familiar Comprometido	6	6	0.5	1	6
Problema 5 Rendimento Inadequado	10	8	0.5	0	0
Problema 6 Baixa Escolaridade	10	8	0.5	0	0

Nota. Fonte: Tavares, 1990

Tendo em conta a análise da tabela e dos seus resultados, os problemas identificados são hierarquizados da seguinte forma:

- Problema 2 – Falta de Companhia

- Problema 1 – Solidão

- Problema 3 – Isolamento Social

- Problema 4 - Suporte Familiar Comprometido

Considerando que os **problemas 1, 2 e 3 estão interligados**, foi decidido que, nesta primeira fase, as ações seriam direcionadas para esses problemas, enquanto o problema 4 seria intervencionado numa fase posterior. Como se previa que a intervenção fosse decorrer no início do outono, considerou-se oportuno aliar o combate ao isolamento social e à solidão com a promoção da saúde no âmbito dos cuidados a ter com o frio e da vacinação contra a gripe sazonal.

4.4.1 ENQUADRAMENTO SAZONAL

Durante o inverno, as baixas temperaturas representam um risco acrescido para a saúde, especialmente entre a população idosa, contribuindo para a descompensação de doenças crónicas, aumento da morbilidade e agravamento de infeções respiratórias, como a gripe sazonal (ULSBA, 2024). A DGS, em articulação com a Direção Executiva do SNS, reforça anualmente os Planos de Contingência

para a resposta sazonal em saúde, com especial atenção à proteção das populações mais vulneráveis (DGS, 2024). Em consonância com estas orientações, a USP elabora anualmente o Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo Inverno 2024/2025, adaptando-o à realidade local (ULSBA, 2024).

O inverno impõe desafios significativos aos idosos, impactando na sua saúde, conforto e atividades diárias. O envelhecimento acarreta alterações fisiológicas que comprometem a regulação térmica, a imunidade e a mobilidade, tornando os idosos particularmente suscetíveis ao frio (Li et al., 2022). Estes riscos são agravados por fatores sociais como o isolamento e a solidão, que afetam negativamente o bem-estar físico e psicológico (Sepulveda-Loyola et al., 2020).

Estudos indicam que a taxa de mortalidade entre idosos é mais elevada nos meses de inverno, sobretudo entre os que vivem com acesso limitado a cuidados de saúde adequados ou em condições de **isolamento social** (Suulamo et al., 2024). Assim, a proteção contra o frio deve constituir uma prioridade nas estratégias de saúde pública, contemplando a promoção de ambientes adequadamente aquecidos, o uso de vestuário apropriado e o acompanhamento regular da saúde da população idosa. Paralelamente, a vacinação anual contra a gripe representa uma medida essencial de prevenção, particularmente relevante neste grupo etário. Contudo, desde 2022, tem-se verificado uma diminuição significativa nas taxas de adesão à vacina da gripe em vários países europeus, incluindo Portugal. De acordo com o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças [ECDC], 2024), a cobertura vacinal entre os idosos na Europa desceu de 53% em 2022 para 46% em 2023. Esta tendência poderá estar relacionada com múltiplos fatores, nomeadamente a disseminação de desinformação, o aumento do ceticismo em relação às vacinas e o cansaço pandémico, que comprometeram a motivação para a participação em campanhas de vacinação (WHO, 2023).

No Concelho em estudo, de acordo com dados extraídos da plataforma BI Vacinas em outubro de 2024, verificou-se uma diminuição da vacinação contra a gripe na população com 65 ou mais anos entre os períodos de 2022/2023 e 2023/2024, de cerca de 14%. Esta redução levanta preocupações sobre a eficácia das estratégias de promoção da saúde, especialmente em contextos rurais. Apesar da disponibilidade de vacinas contra a gripe, a hesitação continua sendo um desafio entre os idosos. Combater a desinformação e as barreiras à vacinação é crucial para aumentar as taxas de vacinação e reduzir a disseminação da gripe (Hsieh, 2022), compreendendo a importância deste problema de saúde pública, através da implementação deste projeto optou-se por oportunidade, promover a literacia em saúde, capacitando os indivíduos a promoverem comportamentos protetores e adequados face às baixas temperaturas, e reforçar a importância da vacinação, de forma a prevenir complicações de saúde.

4.5 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Após identificação e hierarquização dos problemas, implementa-se a terceira etapa da metodologia de planeamento em saúde, a fixação de objetivos. Através de uma adequada definição de objetivos, é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma clara, pois passa-se a identificar, a partir do estado atual da comunidade em estudo, que estado se pretende atingir, onde e até quando (Melo, 2020). Esta etapa relaciona os objetivos aos resultados desejáveis para a população-alvo (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa alia ainda, os conhecimentos adquiridos e os setores envolventes para as intervenções de saúde. Deste modo, são estabelecidos objetivos que conduzam à resolução dos mesmos (Imperatori & Giraldes, 1993).

O projeto em questão teve como finalidade primordial, promover o combate ao isolamento social e solidão das pessoas idosas de um Concelho do Alentejo. Neste sentido, e tendo implícito, que o objetivo geral de um projeto se refere de forma ampla a uma ambição específica, neste caso o combate ao isolamento social e à solidão, que visa a alcançar a promoção da saúde num determinado período (Tavares, 1990), delineou-se como **objetivo geral**: Promover o combate ao isolamento social das pessoas idosas com 65 ou mais anos, identificadas a residir sozinhas e isoladas de um Concelho do Alentejo, no período de junho de 2024 a janeiro de 2025;

Com o propósito de atingir o objetivo geral traçado, delinearam-se três objetivos específicos, tendo sido definidas metas para cada um deles. Como **objetivos específicos** foi proposto:

- Promover a participação de pelo menos 50% dos participantes nas sessões de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com o frio e a adesão à vacinação contra a gripe, até janeiro de 2025;

- Promover a interação social de pelo menos 50% dos participantes, através da participação nas atividades de promoção do exercício físico, yoga do riso, espetáculo de um Grupo Etnográfico da Região e almoço convívio, até ao final do janeiro 2025;

- Diminuir em pelo menos 10% os sentimentos negativos de solidão e de isolamento social dos participantes, até ao final de janeiro de 2025;

De acordo com os objetivos específicos, foram delineadas as metas ou objetivos operacionais a serem alcançados até ao final de janeiro de 2025, de acordo com a tabela 4:

Tabela 4:

Objetivos específicos e Metas/Objetivos Operacionais

Objetivo Específico	Metas/Objetivos Operacionais
Promover a participação de pelo menos 50% dos participantes nas sessões de educação para a saúde sobre os cuidados a ter com o frio e a adesão à vacinação contra a gripe, até janeiro de 2025;	- Que pelo menos 50% das pessoas idosas participe no projeto de intervenção comunitária; - Que pelo menos 50% das pessoas idosas participem na sessão de educação para a saúde planeadas; - Que pelo menos 80% das pessoas idosas que participam nas sessões, recebam um folheto informativo sobre os cuidados a ter durante o frio; - Que pelo menos 50% das pessoas idosas que participa nas atividades respondam a um questionário de avaliação da satisfação da sessão.
Promover a interação social de pelo menos 50% dos participantes, através da participação nas atividades de promoção do exercício físico, ioga do riso, espetáculo de um Grupo Etnográfico da Região e almoço convívio, até ao final do janeiro 2025;	- Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe na sessão de exercício físico; - Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe nas atividades de interação social ioga do riso; - Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe nas atividades de interação social jogo do "bingo"; - Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe no almoço de convívio; - Que pelo menos 80% das pessoas idosas assista à atuação do Grupo Etnográfico da Região.
Diminuir em pelo menos 10% o score médio dos sentimentos negativos de solidão e o score médio de isolamento social nas pessoas idosas participantes nas atividades desenvolvidas.	- Que o score médio dos sentimentos negativos de solidão (UCLA) e o score médio de isolamento social (LSNS-6) apresentem uma diminuição de pelo menos 10% nas pessoas idosas participantes nas atividades desenvolvidas após a atividade.

4.6. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A definição da estratégia de intervenção é fundamental para garantir o sucesso de qualquer iniciativa de intervenção comunitária. A concretização dos objetivos propostos e a obtenção de resultados significativos, tanto em termos de processo como de impacto, estão diretamente relacionados com a precisão e cuidado no planeamento das estratégias delineadas. Um planeamento bem estruturado também permite uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e contribui para o fortalecimento dos indicadores de base do projeto. (Melo, 2020).

O referencial teórico que serviu de base à seleção de estratégias, como referido no capítulo anterior, foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que se considera o mais adequado no âmbito da implementação do projeto em causa, para a intervenção na promoção da saúde dos idosos que residem sozinhos e isolados com vista ao combate do isolamento social. Para Pender et al. (2014), a promoção da saúde é um comportamento motivado pelo desejo de incrementar o bem-estar e atualizar o potencial de saúde. Com base na teoria mencionada, os profissionais de saúde devem estar despertos para a importância da promoção da saúde como uma intervenção social que facilite o poder de decisão, desta forma uma das estratégias utilizadas foi a **educação para a saúde**. Esta é considerada uma componente essencial das estratégias de promoção da saúde, que visa a capacitar os indivíduos e comunidades a adotarem comportamentos saudáveis e a tomarem decisões informadas sobre a sua saúde. Esta abordagem não se limita à transmissão de informação, ela promove, também, o desenvolvimento de competências que favorecem estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças (Pereira, 2021). Além disso, permite que as pessoas compreendam melhor os determinantes da sua saúde e os recursos disponíveis para a gerir. Nesta perspetiva, o projeto "**Cuidar e Conectar**" foi desenvolvido com base nas necessidades identificadas através do diagnóstico de situação, onde foram definidas sessões de educação para a saúde e atividades de exercício físico e de promoção da interação social, no sentido de prevenir e reduzir o impacto negativo inerente ao estado de isolamento social das pessoas idosas de um Concelho do Alentejo. De acordo com a OMS (WHO, 2023), as intervenções educativas têm demonstrado impacto positivo na redução de comportamentos de risco e no aumento da adesão a práticas preventivas.

Outras das estratégias selecionadas foi o envolvimento e **estabelecimento de parcerias com os *Stakeholders***, que se mostram fundamentais para atingir os objetivos delineados e constituindo-se como uma âncora na implementação de programas na comunidade. As parcerias estabelecidas promovem a cooperação intersectorial na concretização de interesses e objetivos comuns contribuindo para o desenvolvimento individual e coletivo da comunidade (Melo, 2020). Estabeleceram-se parcerias com a Câmara Municipal e Juntas de Freguesia do Concelho em estudo, com profissionais da Unidade Local de Saúde (Técnica de Serviço Social e Nutricionista) e com a Universidade Sénior Local. As parcerias estabelecidas neste projeto foram fundamentais para a implementação do mesmo. A **divulgação do projeto** foi realizada aos participantes por via presencial e telefónica e aos parceiros por via email/telefónica.

4.6 PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO

Após a seleção das estratégias de intervenção no desenvolvimento do projeto, é necessário passar para a fase seguinte da metodologia do planeamento em saúde, a fase da preparação operacional, implementação e intervenção. É nesta etapa que é preparada a ação, ou seja, as atividades que serão colocadas em prática, para que sejam atingidos os objetivos previamente fixados (Melo, 2020). De realçar que nesta fase do planeamento é fundamental que seja mantida a ligação com as fases anteriormente já realizadas, dado que o planeamento em saúde é um processo contínuo, cujas etapas se encontram relacionadas de forma constante. O facto de a etapa anterior interferir com a etapa seguinte e vice-versa, por vezes faz com que a fase anterior tenha de ser revista ou melhorada, para que melhor se adapte às necessidades e realidades da população, tornando este processo mais rico (Imperatori & Giraldes, 1993).

A etapa de preparação das intervenções tem início na elaboração do plano operacional das atividades a implementar, que se encontra no projeto de estágio, este compreende os objetivos específicos, as estratégias de intervenção, o local, os recursos, o horizonte temporal e os indicadores de avaliação. Segue-se a descrição das várias atividades realizadas no decorrer dos estágios de intervenção comunitária no âmbito do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foi realizada uma *scoping review* com o objetivo de mapear as evidências disponíveis sobre o impacto do isolamento social na saúde da população idosa, bem como identificar intervenções eficazes para mitigar esse fenómeno. Esta análise teve como finalidade fundamentar as estratégias adequadas à implementação do projeto.

Desta forma, após a validação das estratégias de intervenção pela Enf.ª Supervisora, iniciou-se a divulgação do projeto aos parceiros locais, sobre os principais problemas de saúde identificados resultantes do diagnóstico de situação e as estratégias selecionadas para sua intervenção. De forma global, as atividades foram realizadas de forma presencial, tendo em conta a disponibilidade horária dos participantes. Neste sentido, e de forma mais detalhada, foram efetuadas as seguintes intervenções na consecução do projeto de intervenção comunitária:

Intervenção 1 – Estabelecimento de Parcerias – Reunião de Divulgação de Resultados: Todos os parceiros receberam o convite para a reunião via email (Apêndice I) e telefónica. Realizaram-se duas reuniões por impossibilidade da presença de todos os convidados no mesmo dia. A primeira reunião, com o objetivo de divulgar os resultados do diagnóstico de situação realizado aos participantes da nossa amostra e estabelecer parcerias, decorreu no dia 17.10.24 às 12 horas (duração 60min) na sala de reuniões

do Centro de Saúde, através de uma sessão dirigida aos parceiros locais e aos profissionais de saúde do Centro de Saúde do Concelho em estudo. Para a apresentação foi utilizado o método expositivo com recurso ao *Microsoft*® PowerPoint (Apêndice J) e realizado um *coffee-break* para a discussão de ideias no final. Estiveram presentes os representantes de cada um dos parceiros – 3 presidentes das Juntas de Freguesia onde foi realizado o estudo, enfermeiros da UCC, Técnica de serviço social e um representante da Universidade Sénior local. A segunda reunião, foi realizada no dia 24.10.24 às 12h no Centro de Saúde do Concelho em estudo (duração de 60min), na qual estiveram presentes a Srª. Vereadora do Município e o Sr. Presidente da Junta de Freguesia do Concelho em estudo, visto que por incompatibilidade horária não compareceram à reunião anterior. Estas reuniões foram fundamentais para transmitir os resultados aos parceiros, de forma a dar a conhecer e validar os diagnósticos de saúde daquela população e, também, planificar e agendar as atividades de intervenção. Em geral, os parceiros foram bastante recetivos e disponíveis em colaborar na realização das atividades propostas. Este projeto de intervenção teve sempre como objetivo mobilizar todos os parceiros para todas as atividades a desenvolver, apelando à participação de todos ativamente em prol da população estudada. Após a concretização e o estabelecimento das parceiras, o público-alvo do projeto foi contactado via telefónica, no sentido da sua participação nas atividades agendadas.

Intervenção 2 – Convite dos participantes do estudo: No âmbito da divulgação do projeto e convite aos participantes do presente estudo, procedeu-se inicialmente ao contacto telefónico de todas as pessoas idosas previamente identificadas, com o intuito de os convidar a integrar as atividades propostas. Para os casos em não foi possível estabelecer contacto, recorreu-se à colaboração das Juntas de Freguesia correspondentes, no sentido de facilitar a comunicação com a população-alvo e assegurar a transmissão do convite. De forma a sistematizar a informação recolhida, foi elaborada uma lista que distinguiu as pessoas que aceitaram participar nas atividades daqueles que recusaram o convite, permitindo, assim, um registo organizado e rigoroso da adesão às atividades.

Intervenção 3 – Sessões de Educação para a Saúde: Foi realizada uma sessão de educação para a saúde e planeadas mais duas sessões ao longo do período do Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde – módulo inverno 2024/2025 que estava previsto entre 1 de outubro de 2024 e 30 de abril de 2025 (salvo a sua necessidade de antecipação e/ou prolongamento).

As sessões foram dinamizadas em três das quatro freguesias envolvidas no projeto, conforme a disponibilidade dos parceiros locais. A primeira sessão teve como tema a divulgação dos resultados do diagnóstico de situação, bem como a promoção de cuidados específicos face ao frio (Apêndice N). A segunda sessão, por sua vez, destinou-se à sensibilização dos participantes para a importância da

vacinação contra a gripe sazonal, e a terceira sessão teve como objetivo a avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos participantes. Das três sessões programadas, apenas a primeira foi realizada dentro dos períodos dos estágios. Devido à limitação temporal dos períodos dos estágios, não foi possível a presença da mestranda nas sessões subsequentes, pelo que a continuidade do projeto de intervenção comunitária passou a ficar a cargo da equipa de Enfermagem da UCC.

A sessão realizada contou com a participação da Enfermeira mestranda, da Enfermeira Supervisora, de representantes da Universidade Sénior – incluindo a Coordenadora Local, o professor de educação física, o instrutor de ioga do riso, e elementos do Grupo Etnográfico da região, bem como de uma aluna do Curso de Nutrição, da Srª Vereadora da Câmara Municipal, Presidentes das Juntas de Freguesia, Técnica de Serviço Social e dos participantes no projeto de intervenção comunitária. A primeira sessão teve lugar no dia 15 de novembro de 2024, pelas 10h00, no Pavilhão Multiusos de uma das Freguesias em estudo. A atividade iniciou-se com uma sessão de educação para a saúde com o tema "Cuidados ao Frio", desenvolvida pela Enfermeira mestranda em colaboração com a Técnica de Serviço Social e a Nutricionista/aluna do Curso de Nutrição. Optou-se pela realização de uma sessão de caráter dinâmico e participativo, durante a qual, à medida que os conteúdos eram apresentados, os participantes interagiam através da atividade lúdica do jogo do Bingo. Esta metodologia permitiu reforçar a transmissão de conhecimentos de forma mais envolvente e motivadora. A sessão teve uma duração aproximada de 40 minutos. No decurso da mesma, foram apresentados dados epidemiológicos relevantes com os resultados do diagnóstico de situação previamente realizado. Procedeu-se ainda à exposição dos principais cuidados e perigos associados ao período de frio, com o objetivo de sensibilizar os participantes para a importância da adoção de comportamentos preventivos, fundamentais para a redução do risco de complicações de saúde e de acidentes. O conteúdo programático da sessão foi delineado com base nas orientações emitidas pela DGS (DGS, 2024) e pela ULS (ULSBA, 2024), no âmbito do Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde – Módulo Inverno.

Posteriormente à sessão de educação para a saúde, teve início uma aula de ginástica, com duração aproximada de 20 minutos, cuja finalidade foi incentivar a prática regular de exercício físico. As atividades propostas foram especificamente adaptadas às características dos participantes, contando com o apoio de música ambiente e a utilização de cadeiras, de forma a garantir a segurança e a participação de todos os presentes.

Seguidamente, decorreu uma sessão de ioga do riso, igualmente com a duração de 20 minutos, orientada para a promoção da saúde física e mental dos participantes. Esta prática combinou exercícios

respiratórios, movimentos corporais leves e riso em grupo, procurando fortalecer o sistema imunitário, reduzir os níveis de stresse, melhorar o humor e, em geral, aumentar a sensação de bem-estar.

Posteriormente, realizou-se a atuação do Grupo Etnográfico local, com uma duração aproximada de 45 minutos. Este grupo, constituído por membros da comunidade, tem como objetivo preservar e divulgar elementos da cultura popular tradicional, retratando valores, crenças, práticas sociais e modos de vida característicos de épocas passadas. Importa salientar que os membros do Grupo Etnográfico são alunos da Universidade Sénior e participaram também nas atividades físicas e lúdicas realizadas anteriormente.

A jornada culminou com um almoço-convívio, destinado a promover a interação social entre os participantes. Este momento de partilha e convivência teve como propósito fortalecer laços interpessoais, favorecer a troca de experiências e memórias, e proporcionar momentos de lazer. Considerando que a maioria dos participantes reside em situação de isolamento social, o reencontro com antigos conhecidos representou uma oportunidade valiosa para revitalizar redes de apoio social e reforçar sentimentos de pertença comunitária. A atividade terminou com a entrega de um folheto informativo, preenchimento da avaliação da satisfação relativamente à sessão pelos participantes (Apêndice L) e a entrega de brindes de participação. De forma geral, os parceiros presentes nas sessões manifestaram a perceção de que a realização de atividades dirigidas às pessoas idosas identificadas como isoladas, contribuíram significativamente para a estimulação da atividade cognitiva, o fortalecimento da autoestima e o reforço da identidade de grupo. Adicionalmente, estas iniciativas promoveram o bem-estar físico e psicológico dos participantes, evidenciando-se como estratégias eficazes na redução dos níveis de solidão e consequentemente do isolamento social.

Intervenção 4 – Elaboração de um folheto informativo: Com o objetivo de estimular a proximidade com a população e de facilitar a aquisição de conhecimentos, procedeu-se à atualização de um folheto informativo (Anexo E) contendo orientações sobre os cuidados a adotar durante o período de frio. O desenvolvimento deste material contou com o apoio da equipa de Saúde Pública e da equipa de Marketing da ULS integrante, que colaboraram na atualização do folheto propositadamente para a integração no presente projeto. O conteúdo do folheto foi fundamentado nos temas abordados durante a sessão formativa, garantindo, assim, a coerência e a complementaridade da informação transmitida, foi distribuído aos participantes durante a primeira sessão de intervenção.

4.7.1. ENTIDADES E PARCERIAS ENVOLVIDAS NO PROJETO

A implementação do projeto de intervenção comunitária evidenciou a imprescindibilidade da participação, colaboração e empenho de diversas pessoas e Entidades, fatores que se revelaram determinantes para a sua concretização. A ideia amplamente reconhecida de que o trabalho em conjunto é essencial adquire, neste tipo de intervenção, uma importância ainda mais significativa, evidenciando que a união de esforços e a colaboração entre todos os envolvidos favorecem o alcance dos objetivos estabelecidos.

Para a realização de cada uma das atividades descritas no capítulo anterior, foram identificadas e estudadas potenciais parcerias estratégicas. A prioridade de intervenção na necessidade identificada do isolamento social, solidão e falta de companhia por parte dos participantes, evidenciou uma preocupação com a saúde da população idosa da região. No entanto, a escassez de recursos humanos e materiais tornou evidente que seria inviável a implementação das ações sem o apoio das parcerias estabelecidas.

A Enfermeira Supervisora, dada a sua experiência e profundo conhecimento da comunidade local, desempenhou um papel fundamental na identificação e sinalização de potenciais parceiros. Nas reuniões realizadas com cada Entidade parceira, procedeu-se à apresentação detalhada do projeto, dos seus objetivos e da importância da sua participação para o sucesso da intervenção. Os contactos foram estabelecidos por diferentes meios, nomeadamente de forma presencial, por via telefónica e através de correio eletrónico.

Importa destacar que todos os parceiros envolvidos se tornaram elementos essenciais para a implementação do projeto, cuja manutenção da sua colaboração ocorreu até ao término do Plano de Contingência para a Resposta Sazonal – Módulo Inverno.

As intervenções desenvolvidas foram viabilizadas pela colaboração da Câmara Municipal, das Juntas de Freguesia locais, pela articulação entre profissionais da UCC e da ULS, como as equipas de Nutrição e de Serviço Social, bem como pela participação da Universidade Sénior local (professores e elementos do Grupo Etnográfico da região). Considera-se, assim, que o projeto adotou uma abordagem multidisciplinar, promotora de uma intervenção mais abrangente e integrada junto da população-alvo.

4.7.2 RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FÍSICOS E ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

No que concerne à avaliação dos recursos humanos, materiais e físicos, Imperatori e Giraldes (1993) defendem que é fundamental proceder à definição detalhada de cada um destes recursos durante a fase de implementação do projeto, de modo a garantir a sua exequibilidade. É a partir deste inventário

que, subsequentemente, se poderá determinar o custo financeiro global do projeto. Assim, no âmbito do presente projeto os recursos humanos, materiais e físicos encontram-se descritos na tabela de previsão orçamental.

O projeto foi desenvolvido no âmbito académico, sem a obtenção de financiamento externo, sendo o apoio financeiro limitado aos recursos fornecidos pelos parceiros estabelecidos. Com exceção da enfermeira mestranda, todos os recursos humanos participaram nas atividades dentro do seu horário laboral, o que possibilita a previsão de continuidade da sua colaboração até a conclusão do projeto. Nesse contexto, foi realizada uma estimativa das horas de trabalho despendidas, com a apresentação de uma previsão de horas até o término da intervenção. Relativamente aos recursos materiais, os custos associados foram assumidos pela enfermeira mestranda, em conjunto com o patrocínio dos parceiros. Quanto às deslocações, estas foram realizadas, em sua maioria, em viatura própria da enfermeira mestranda e na viatura alocada à UCC, enquanto os participantes utilizaram viaturas fornecidas pelos patrocinadores. Assim, no âmbito do presente projeto os recursos humanos, materiais, físicos e o orçamento detalhado, que abrange as estimativas de horas, custos materiais e logísticos, encontra-se apresentado na Tabela 5.

Tabela 5:

Previsão orçamental do projeto de todas as intervenções programadas

Previsão Orçamental	
Recursos Humanos: **- Enfª Mestranda – 0€** **- Enfªs Especialistas Supervisoras de estágio** **- Vereadora da Camara Municipal** **- Presidentes das Juntas de Freguesias** **- Funcionários das respetivas Juntas** **- Representante Universidade Sénior** **- Assistente Social** **- Nutricionista** **- Aluna de Nutrição e Dietética** **- Professor de Educação Física** **- Professor de Ioga do Riso** **- Membros do Grupo Etnográfico**	**Estimativa de Custos:** - 0 € - 2000 € - 800€ - 400 € - 200 € - 600 € - 800 € - 600€ - 0€ - 500 € - 500€ - 0€ **Total:** 6400€
Recursos Materiais: **- Pavilhão Multiusos** **- Equipamento informático (computador e projetor)** **- Materiais específicos para a dinamização das atividades de ginástica** **- Materiais específicos para a dinamização das atividades de ioga do riso;** **- Materiais de suporte à apresentação do grupo etnográfico;** **- Sistema de som** **- Material de apoio às sessões (tela de projeção, canetas, roda de bingo e cartões de bingo)** **- Material para elaboração do almoço (alimentos e materiais de confeção).** **- Viaturas automóveis e combustível de apoio as deslocações.**	**Estimativa de Custos:** **Total:** 1800€
Custo Total:	**8200€**

4.7.3 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

A construção de um cronograma de atividades permite uma maior perceção de todo o roteiro do projeto de intervenção, da necessidade e duração das atividades programadas, bem como, uma maior visualização das mesmas, relacionando o tempo previsto e atrasos ou avanços que possam surgir, durante a fase de execução (Imperatori & Giraldes, 1993). É um instrumento fundamental no planeamento, para organizar e estruturar o que irá ser realizado ao longo do tempo, servindo não só de referencial para a sua execução, como também para acompanhamento e avaliação do projeto. Deste modo, procedeu-se à elaboração de um cronograma das atividades onde constam, com representação gráfica e ordenada, as diferentes atividades realizadas ao longo do projeto, sendo possível identificar as datas de início e fim das atividades, bem como a duração das mesmas. O cronograma desenhado foi cumprido, e as atividades planeadas concretizadas no período previsto. (Apêndice M).

4.7.4 COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

A divulgação do projeto constitui, portanto, uma parte integrante do seu desenvolvimento, sendo necessário um planeamento cuidadoso com o objetivo de informar adequadamente o público-alvo. (Ruivo et al., 2010, p.31). Neste sentido, a implementação do projeto e as atividades dirigidas aos participantes foram divulgadas através de diversos canais, incluindo o fornecimento de informações em formato impresso (como o consentimento informado), comunicação via e-mail institucional e divulgação através das Juntas das Freguesia envolvidas. Adicionalmente, a divulgação foi realizada durante as reuniões e sessões previstas no cronograma do projeto.

4.7 MONOTORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO

De acordo com Melo (2020), a avaliação constitui um processo contínuo e sistemático, essencial para a análise crítica e reflexão sobre a eficácia das intervenções em saúde implementadas no âmbito da Enfermagem Comunitária. Esta avaliação deve ocorrer em diferentes fases do processo, desde o planeamento até à execução das intervenções. Paralelamente, Tavares (1990) acrescenta que a avaliação

pode igualmente contemplar a perceção da população-alvo, considerando a sua satisfação e o grau de aceitabilidade das intervenções realizadas.

No contexto do presente projeto de intervenção comunitária, a monitorização e avaliação assumiram particular relevância, tendo-se procedido a uma avaliação de caráter processual durante a fase de implementação. Para tal, foi necessário definir, de forma estruturada, os momentos avaliativos, bem como os critérios e instrumentos a utilizar, de modo a permitir a determinação do valor da intervenção com base em indicadores de atividade ou execução, e indicadores de impacto ou resultado.

4.8.1 Monitorização/Avaliação dos Resultados da Intervenção

Com base no objetivo geral do projeto — "Promover o combate ao isolamento social das pessoas idosas com 65 ou mais anos, identificadas a residir sozinhas e isoladas de um Concelho do Alentejo, no período de junho de 2024 a janeiro de 2025*"* — foram delineadas e implementadas diversas intervenções no decurso dos estágios. A participação das pessoas idosas nas atividades propostas constituiu um elemento central para a concretização dos objetivos estabelecidos, assumindo-se como condição fundamental para promover alterações sustentadas nos comportamentos e nas dinâmicas de interação social. Reconhecendo que a mudança comportamental exige tempo, motivação e continuidade, torna-se compreensível que os efeitos esperados não sejam plenamente alcançáveis num intervalo temporal limitado, como o do presente projeto. A avaliação do impacto das intervenções neste capítulo, é referente à primeira atividade desenvolvida no âmbito do projeto, já descrita detalhadamente no capítulo anterior, a qual integrou uma sessão de educação para a saúde sobre os cuidados a ter no período de frio, uma aula de exercício físico adaptado, uma sessão de ioga do riso, a atuação de um grupo etnográfico da região e um almoço-convívio. Das 46 pessoas idosas que cumpriam os critérios de inclusão definidos e que foram avaliadas na etapa do diagnóstico de situação, apenas 22 aceitaram participar nas atividades do projeto de intervenção comunitária, das quais apenas 13 compareceram na primeira atividade do projeto (as outras 9 pessoas idosas cancelaram a sua participação no próprio dia da sessão por motivo de doença e perspetiva de condições meteorológicas adversas). Estes dados refletem um padrão já identificado na literatura recente, que aponta para a influência de múltiplas barreiras na participação social dos idosos, nomeadamente problemas de saúde, limitações funcionais, isolamento e perceções de inadequação das atividades (Ghenta et al. 2022; Usar et al., 2021; Townsend et al. 2021). Reforçando, desta forma, a

necessidade de intervenções dirigidas, sustentadas em metodologias participativas e integradas, como a que foi implementada no âmbito deste projeto.

Após ter decorrido a primeira sessão de educação para a saúde, voltou-se a proceder à aplicação dos instrumentos de colheita de dados (Questionário Sociodemográfico, UCLA e LSNS-6), de modo a efetuar uma avaliação intermédia para verificar se o projeto estava a seguir a direção correta ou se haveria a necessidade de introduzir medidas corretivas. Nesta fase apenas 6 dos 13 participantes aceitaram responder novamente ao questionário. Procedeu-se à análise da normalidade da amostra através do teste *Shapiro-Wilks*, tendo-se verificado que a nossa amostra, no período pós intervenção, apresentava uma distribuição normal ($p>0.05$), pelo que foram realizados testes paramétricos para avaliação da associação entre as variáveis sociodemográficas e a UCLA e a LSNS-6 (Teste *t de Student* e ANOVA), bem como para avaliar a relação entre a UCLA e a LSNS-6 (Correlação de Pearson). Foi estabelecida a significância estatística para resultados de $p<0.05$.

Com o objetivo de caracterizar a população da nossa amostra, foi aplicado o mesmo questionário sociodemográfico do diagnóstico de situação, onde obtivemos os seguintes resultados: a amostra é composta por seis pessoas idosas, todas a residir sozinhas e em situação de isolamento, com idades compreendidas entre os 76 e os 87 anos. A maioria é do sexo feminino (83.3%). No que respeita à ocupação profissional exercida durante a vida ativa, predomina o setor agrícola, com 66.7% dos participantes a referirem ter sido trabalhadores rurais, seguindo-se as profissões de comerciante (16.7%) e de doméstica(o) (16.7%). Todos os participantes são viúvos(as) e no que diz respeito à escolaridade, a totalidade da amostra possui apenas o 1.º ciclo do ensino básico. Em relação aos rendimentos, todos os indivíduos encontram-se reformados ou aposentados, auferindo pensões de baixo valor: 83.3% referem rendimentos mensais entre os 201€ e os 500€, enquanto os restantes 16.7% recebem entre 501€ e 1.000€.

Após a primeira sessão de educação para a saúde, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os resultados da escala UCLA e as variáveis sociodemográficas dos participantes. O mesmo se verificou em relação aos scores obtidos na Escala LSNS-6. No entanto, a comparação dos dados recolhidos antes e após essa primeira sessão revela uma diminuição nos sentimentos de solidão, com uma redução de 3.7 pontos no score da UCLA, o que corresponde a uma diminuição aproximada de 11% (ver Tabela 6). Relativamente aos valores da escala LSNS-6, verifica-se que após a primeira sessão os participantes apresentaram menor risco de isolamento social, tendo-se obtido um aumento de 1.9 pontos entre os scores médios, representando uma diminuição de cerca de 12% do risco de isolamento social (Tabela 6). Estes resultados são particularmente relevantes, uma vez que sugerem que mesmo intervenções pontuais e de curta duração podem produzir efeitos positivos na

perceção de solidão em pessoas idosas (Mann et al., 2025; Paquet et al., 2023). Neste contexto, Zhao e Wu (2022) demonstram que a participação social não só contribui diretamente para a redução da solidão, como também promove um aumento do suporte social percebido, o qual atua como mediador na diminuição dos sentimentos de solidão. Adicionalmente, a evidência atual reforça a ideia de que a participação dos idosos em atividades de grupo e momentos de socialização estruturada favorece significativamente o bem-estar subjetivo, ao mesmo tempo que contribui para a redução dos níveis de solidão e isolamento social (Agostinho et al., 2024).

Tabela 6:

Comparação dos resultados após a intervenção

Escalas		Score médio antes da intervenção	Score médio após a intervenção
UCLA	Total	33.37 (± 9.46)	29.67 (± 6.92)
	Dimensão Isolamento Social	19.70 (± 6.43)	17.83 (± 4.75)
	Dimensão Afinidades	13.67 (± 3.75)	11.83 (± 3.19)
LSNS-6	Total	15.46 (± 4.32)	17.33 (± 2.42)
	Subscala Família	7.63 (± 2.46)	8.00 (± 2.09)
	Subscala Amigos	7.83 (± 3.35)	9.33 (± 1.51)

Nota. Fonte: Elaboração Própria

À semelhança do que aconteceu no diagnóstico de situação, também na avaliação após a intervenção (primeira sessão de educação para a saúde), encontrou-se uma relação estatisticamente significativa, negativa forte ($r(6) = -0.851$, $p = 0.032$) entre o isolamento social e os sentimentos negativos de solidão nos participantes que compõem a nossa amostra, o que significa que quanto maior o sentimento negativo de solidão, maior é o risco de isolamento social.

4.8.2 MONITORIZAÇÃO/AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atendendo à avaliação dos indicadores de atividade ou execução, comprovamos que, à data de término do estágio final, foram efetuadas todas as atividades planeadas, obtendo assim o resultado de 100% e avaliação como atingida. A sessão programada para os participantes foi realizada na data e horário agendado. Relativamente à atividade em si, foram registados comentários positivos tanto por parte dos utentes como de alguns familiares, que, através de contacto telefónico, expressaram agradecimentos e felicitações pela iniciativa desenvolvida. Adicionalmente, uma parte dos participantes respondeu a um questionário de satisfação relativo à sessão, cujos resultados indicam uma apreciação global boa, tanto da

componente teórica como das atividades realizadas, manifestando ainda o desejo de que sejam realizadas mais ações neste âmbito. Estes comentários permitiram que a avaliação da sessão fosse estimada como atingida com sucesso.

Atendendo à avaliação dos indicadores de impacto ou resultado, apresenta-se de seguida, de forma sistematizada na Tabela 7, os resultados obtidos:

Tabela 7:

Avaliação das Metas/Objetivos Operacionais

Metas/Objetivos Operacionais	**Resultados: Avaliação do Indicador de Impacto/Resultado**	**Avaliação**
Que pelo menos 50% das pessoas idosas participe no projeto de intervenção comunitária	(13/22) x 100 = **59,09%**	**Atingido**
Que pelo menos 50% das pessoas idosas participe nas sessões de educação para saúde planeadas	(13/22) x 100 = **59,09%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas que participam nas sessões, recebam um folheto informativo sobre os cuidados a ter durante o frio	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 50% das pessoas idosas que participa nas atividades respondam a um questionário de avaliação da satisfação da sessão	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe na sessão de exercício físico	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe nas atividades de interação social ioga do riso	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe nas atividades de interação social jogo do "bingo"	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas participe no almoço de convívio	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que pelo menos 80% das pessoas idosas assista à atuação do Grupo Etnográfico da Região	(13/13) x 100 = **100%**	**Atingido**
Que o score médio dos sentimentos negativos de solidão (UCLA) e o score médio de isolamento social (LSNS-6) apresentem uma diminuição de pelo menos 10% nas pessoas idosas participantes nas atividades desenvolvidas	Score escala UCLA: 32.37-29.67 = 3.7 pontos ≈ **11%** Score escala LSNS-6: 15.46-17.33 = 1.9 pontos ≈ **12%**	**Atingido**

Nota. Fonte: Elaboração Própria

Os dados apresentados na tabela 11 permitem verificar que, os objetivos propostos foram alcançados com sucesso.

5. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DOS ESTÁGIOS

Para além da implementação do projeto de intervenção comunitária, foi igualmente possível integrar e participar em diversas atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente na UCC e na USP. A participação nestas atividades constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento e consolidação de competências profissionais, e ao mesmo tempo que permitiu uma compreensão mais profunda do papel do EEECSP nos Cuidados de Saúde Primários, bem como das especificidades da sua intervenção. Esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora, considerando que, apesar da Enfermeira mestranda já exercer funções em Cuidados de Saúde Primários, não havia anteriormente integrado estes contextos específicos de atuação.

A partilha de conhecimentos, a orientação prestada e a disponibilidade para o acompanhamento contínuo por parte da Enfermeira Gestora e pelas Enfermeiras Supervisoras da UCC e da USP constituíram elementos fundamentais para a concretização das atividades propostas para os dois estágios, das quais se destacam:

- A participação e integração na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) constituiu uma experiência enriquecedora no âmbito do estágio, permitindo o contacto direto com uma resposta essencial da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta equipa, de natureza multidisciplinar, é composta por profissionais de saúde e da área social, e tem como objetivo prestar cuidados domiciliários a indivíduos em situação de dependência funcional, em fase terminal ou em processo de convalescença. A intervenção da ECCI resulta de uma avaliação global e articulada, que permite identificar necessidades em diferentes domínios, nomeadamente cuidados de enfermagem, acompanhamento médico, apoio social e, sempre que necessário, outros serviços especializados. Estes cuidados são dirigidos a utentes cuja condição clínica não exige internamento hospitalar, mas que, pela sua limitação funcional, não se encontram em condições de aceder autonomamente aos cuidados em unidades de saúde convencionais.

- Participação em projetos a serem desenvolvidos pela UCC como o projeto "Saúde a Gosto" que aborda a prevenção da diabetes, e é direcionado para utentes dos concelhos da área de abrangência da ULS, com risco moderado de desenvolver diabetes *mellitus* tipo 2. Este projeto, visa a fomentar a prática de uma alimentação saudável, por via da reintrodução da dieta mediterrânica, esperando-se que

os utentes que integrem o projeto adotem e mantenham novas atitudes e comportamentos face à dieta, bem como à prática de estilos de vida saudáveis, nomeadamente ao nível dos hábitos alimentares, de forma a contribuir para o não agravamento do seu grau de risco; e no âmbito de projetos de Saúde Escolar, foi possível participar, em sessões de educação para a saúde com o tema dos perigos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

- Participação na vigilância epidemiológica de doenças de notificação obrigatória com a USP da área de abrangência. Neste contexto foram realizados inquéritos epidemiológicos e rastreio de contactos, via telefónica e presencial, com recurso à plataforma SINAVE, e ida ao local onde se encontravam os inquiridos (ex: hospital). Durante o contexto de estágio foi possível acompanhar em específico a vigilância e atuação em contexto de um surto resultante de Hepatite A, este acompanhamento envolveu a realização de inquéritos epidemiológicos, o rastreio de contactos e a administração local de vacinas como medida preventiva, em estreita articulação com as Autoridades de Saúde Pública, evidenciando a importância da atuação célere e coordenada no controlo de surtos e na mitigação do risco de propagação da doença.

- Participação em sessões de sensibilização para o Rastreio do Cancro do Colón e do Reto com a equipa de rastreios da USP. Estas sessões consistem na informação sobre a patologia e no processo de entrega, orientação e monitorização da utilização do Kit de Rastreio do Cancro do Cólon e do Reto. Este rastreio tem como objetivo a deteção precoce de lesões pré-malignas ou neoplasias em fase inicial, contribuindo para a redução da morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia. O procedimento consiste na entrega ao utente de um kit de pesquisa de sangue oculto nas fezes, acompanhado das respetivas instruções de utilização. Após a colheita, o material é entregue na Unidade de Saúde respetiva, sendo posteriormente encaminhado para análise laboratorial. A participação neste processo exige uma abordagem informativa e pedagógica por parte dos profissionais de saúde, de forma a garantir a correta utilização do kit e a adesão ao rastreio. A intervenção do enfermeiro é, neste contexto, fundamental para informar, esclarecer dúvidas, e sensibilizar para a importância do rastreio e promover comportamentos de saúde preventivos junto da população-alvo.

- Foi possível integrar e acompanhar a consulta do viajante, cuja intervenção é centrada na promoção da saúde e prevenção da doença em pessoas que se preparam para viajar para destinos com diferentes perfis epidemiológicos. Durante a consulta, são fornecidas recomendações específicas relativas à profilaxia de doenças infeciosas, administração de vacinas obrigatórias ou recomendadas (como a febre-amarela, hepatites A e B, febre tifoide, entre outras), medidas de proteção contra doenças transmitidas por vetores (como a malária e a dengue), cuidados alimentares e de higiene, e estratégias para a gestão de problemas de saúde frequentes durante as viagens. A experiência permitiu compreender a importância

da abordagem individualizada e da promoção da literacia em saúde na prevenção de doenças em contexto de mobilidade internacional.

A participação nestas atividades e nos diferentes contextos, permitiram um aprofundamento do conhecimento sobre a atuação dos Enfermeiros de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a sua importância na prevenção e gestão de doenças. Estes estágios proporcionaram a aquisição de competências essenciais nas áreas abordadas e reforçaram a relevância de um trabalho multidisciplinar na promoção da saúde e na redução de fatores de risco para as populações vulneráveis.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decurso do presente capítulo, é apresentado uma análise crítica, reflexiva e fundamentada das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do percurso formativo, com vista à obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública. Esta reflexão implica um exercício aprofundado de análise, indagação e problematização sustentada na realidade envolvente, com base em pressupostos teóricos e práticos que conferem consistência à prática profissional. Para esse efeito, considera-se essencial enquadrar a reflexão nas orientações normativas e regulamentares que regem o exercício profissional do enfermeiro especialista, nomeadamente aquelas que definem o perfil de competências exigidas para o exercício diferenciado no domínio da Enfermagem de Saúde Comunitária e da Enfermagem de Saúde Pública. Neste contexto, importa salientar que os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, devem evidenciar um conjunto de competências transversais, expressas na sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como no apoio efetivo ao exercício profissional especializado, nomeadamente nos domínios da formação, da investigação e da assessoria.

6.1 COMPETÊNCIAS DO GRAU DE MESTRE

No âmbito da reflexão sobre as competências inerentes ao enfermeiro detentor do grau de mestre em saúde, reconhece-se que este deve evidenciar um conjunto articulado de competências técnicas, científicas e comportamentais que o habilitam a intervir, de forma eficaz e fundamentada, no domínio da saúde coletiva e da promoção da saúde. O referencial legal consagrado no Decreto-Lei nº 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, estabelece que o grau de Mestre é conferido aos que demonstrem, possuir conhecimentos aprofundados e capacidades de resolução de problemas que superem os adquiridos no primeiro ciclo de estudos superiores (Decreto-Lei n.º 65, 2018).

Entre os requisitos definidos, destaca-se a aptidão para aplicar conhecimentos em contextos novos e não familiares, bem como a capacidade de integrar diferentes saberes, enfrentando situações complexas e formulando respostas que considerem as implicações éticas e sociais subjacentes. Para além disso, é exigido ao mestre que seja capaz de comunicar de forma clara, rigorosa e abrangente os conhecimentos, raciocínios e soluções desenvolvidos, demonstrando igualmente competências que

favoreçam uma aprendizagem contínua (Decreto-Lei n.º 65, 2018). Neste contexto, pretende-se a elaboração de um relatório, que permita integrar e aplicar o conhecimento adquirido no 2º ciclo de estudos, e futuramente gerar uma publicação científica. A presente publicação fundamenta-se nos dados obtidos no diagnóstico de situação, configurando-se como um estudo observacional, descritivo, transversal, de natureza quantitativa. A submissão deste relatório visa contribuir para o avanço da investigação científica, promovendo a produção e disseminação de conhecimento baseado na evidência. Este processo exigiu o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências essenciais para a transmissão clara e objetiva dos objetivos, conhecimentos e reflexões adquiridos. Pretende-se, também, submeter para publicação o artigo referente à *scoping review* realizada sobre o impacto que o isolamento social tem na saúde das pessoas idosas e sobre as intervenções a implementar para diminuir este fenómeno. A submissão deste relatório e artigo científicos, constituem contributos significativos para a consolidação do percurso formativo conducente ao grau de mestre. Estas ações revelam-se determinantes no estímulo à produção científica fundamentada e na sua subsequente divulgação. Paralelamente, a redação deste relatório final permitiu comunicar, de forma estruturada e fundamentada, os conhecimentos adquiridos, o raciocínio desenvolvido e as conclusões alcançadas ao longo de todo o processo formativo.

6.2 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estabelece que os profissionais devem adquirir um conjunto de competências transversais, aplicáveis a todas as áreas de especialização em enfermagem, que sustentem e orientem a sua prática clínica. Estas competências estão organizadas em quatro domínios fundamentais: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios refletem a complexidade e a exigência da prática avançada em enfermagem, promovendo uma atuação reflexiva, ética e baseada na evidência. (Regulamento n.º 140, 2019) Ao refletir sobre o **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, constata-se que, ao longo dos estágios e nas atividades realizadas, foi mantida uma conduta profissional pautada pelos princípios éticos da profissão, respeitando o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, bem como o respeito pelos direitos humanos. As decisões clínicas e estratégicas foram tomadas de forma consciente, informada e colaborativa, baseando-se em evidência científica e contando com a orientação das enfermeiras supervisoras, da docente

orientadora dos estágios e, sempre que necessário, com o contributo dos parceiros envolvidos como no caso do projeto de intervenção comunitária. A experiência e o conhecimento partilhado entre todos os intervenientes revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento de estratégias concertadas e adequadas ao contexto. Importa, ainda, salientar que foram rigorosamente assegurados o respeito pela individualidade, a privacidade, o anonimato e o direito à autodeterminação dos participantes, particularmente no momento da aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Estes questionários foram administrados de forma ética, voluntária e isenta de qualquer forma de coação, tendo sido precedidos de uma explicação clara sobre a relevância da problemática em estudo, o que se traduziu numa taxa de adesão significativa.

No domínio da **melhoria contínua da qualidade**, considera-se que o estudo efetuado no âmbito do diagnóstico de situação contribuiu para o desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados pela Unidade Funcional de saúde onde decorreu o estágio. Tendo em conta os problemas prioritários identificados a nível nacional, e em particular no Concelho em estudo — nomeadamente o envelhecimento populacional, o isolamento social dos idosos e a problemática da solidão —, esta investigação representou uma mais-valia para o aprofundamento do conhecimento e compreensão das características e necessidades da população abrangida, bem como do contexto específico da Unidade Funcional. Paralelamente, ao longo das atividades realizadas nos estágios, foi assegurada a qualidade dos cuidados prestados, com especial atenção à segurança, eficácia e eficiência das intervenções. Colaborou-se ativamente nas iniciativas promovidas pela UCC e pela USP onde decorreram os estágios, em conformidade com as orientações técnicas e institucionais vigentes. Entre várias atividades, dou como exemplo a aplicação de inquéritos epidemiológicos em ambiente hospitalar, seguindo as medidas adequadas de controlo de infeção; a realização de visitas domiciliárias (ECCI) com respeito às condições e ao espaço do utente; o estudo de doenças de notificação obrigatória, considerando os critérios clínicos estabelecidos para definição de caso; a participação em sessões de sensibilização para o Rastreio do Cancro do Colón e do Reto tendo em conta as orientações e estratégias vigentes.

Com vista à promoção da qualidade dos cuidados, foi desenvolvida uma procura contínua e sistemática de informação atualizada, sustentada por um sólido enquadramento teórico, assente na mais recente evidência científica, incluindo a realização de uma *scoping review* que sustentou as intervenções realizadas no projeto de intervenção comunitária implementado. Neste mesmo domínio, foi igualmente assumido um papel ativo e dinamizador, quer na gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis, quer na coordenação das intervenções implementadas, com o intuito de garantir a consecução dos objetivos definidos. Em conformidade com os enunciados descritivos da qualidade do exercício

profissional dos enfermeiros, deu-se especial atenção à organização dos cuidados de enfermagem, articulando-os de forma coerente com o planeamento em saúde e com a vigilância epidemiológica, assegurando assim uma abordagem integrada e centrada nas reais necessidades da comunidade.

Ao longo dos estágios e durante a implementação do projeto, foi adotada uma postura proativa, promotora da participação ativa dos diversos intervenientes e da criação de um ambiente seguro, colaborativo e facilitador do processo de intervenção. As ações desenvolvidas evidenciaram uma gestão criteriosa do ambiente de prática, orientada para a segurança das pessoas, da comunidade e dos profissionais de saúde envolvidos. As intervenções e os cuidados prestados assentaram em práticas fundamentadas na evidência científica, valorizando uma abordagem centrada na pessoa, com a adaptação dos cuidados às necessidades específicas de cada indivíduo. Destacou-se, ainda, a importância de uma comunicação clara, objetiva e eficaz, transversal a todas as atividades realizadas no âmbito dos estágios e do projeto, como elemento essencial para o sucesso das intervenções e para a promoção de um cuidado de excelência. Com vista à sustentabilidade da intervenção, foram elaborados materiais de apoio que permitem a replicação das sessões educativas pela equipa de enfermagem da UCC, em conformidade com as condições previstas no plano de contingência vigente com previsão de término no final do mês de abril. Esta continuidade constitui uma mais-valia na consolidação dos objetivos do projeto e na promoção de ganhos em saúde junto da população-alvo.

Neste contexto, e de forma complementar, constata-se a mobilização e o desenvolvimento das competências inerentes ao **domínio da gestão dos cuidados**. A gestão dos recursos disponíveis foi otimizada com base na valorização do trabalho em equipa, promovendo uma articulação eficaz entre os profissionais da UCC, da USP e os diversos parceiros integrados na equipa multidisciplinar responsável pela concretização do projeto. Este trabalho colaborativo assentou na identificação clara dos papéis e funções de cada elemento, reconhecendo-se a interdependência entre os mesmos e fomentando a motivação na tomada de decisão. O desempenho evidenciado pelos diferentes intervenientes revelou um compromisso sólido e uma responsabilidade efetiva com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, contribuindo de forma decisiva para o sucesso das intervenções implementadas e para a consecução dos objetivos delineados no projeto. O estilo de liderança adotado evidenciou a resiliência e capacidade adaptativa dos intervenientes face às adversidades encontradas ao longo do processo. Apesar dos diversos obstáculos, nomeadamente as distâncias geográficas, as condições precárias das estradas no acesso às habitações, a limitação temporal, as condições meteorológicas adversas e as fragilidades inerentes à população-alvo, foi possível assegurar uma gestão eficaz e eficiente dos recursos disponíveis. Tal conduta foi particularmente visível nas fases de recolha de dados e na prestação de cuidados dirigidos

às pessoas e comunidade, demonstrando um compromisso com a qualidade da intervenção e a persecução dos objetivos propostos. O percurso prévio e o desenvolvimento dos estágios foram acompanhados por momentos de incerteza e ansiedade relativamente ao caminho a seguir. Contudo, à medida que as competências foram sendo adquiridas e consolidadas, tornou-se evidente que o investimento realizado ao longo do processo foi profundamente enriquecedor. A realização de pesquisa bibliográfica criteriosa contribuiu para uma intervenção fundamentada, segura e informada nas atividades desenvolvidas, inclusive no contexto prático dos estágios. Importa referir que, enquanto enfermeira, não detinha experiência anterior em contextos de enfermagem comunitária e de saúde pública, o que motivou um empenho acrescido na aquisição de conhecimentos e na adoção de uma prática segura e eficaz. A experiência e o conhecimento dos profissionais envolvidos, aliados à gestão adequada das especificidades individuais durante o processo formativo, foram determinantes para a consolidação das competências requeridas no domínio da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Relativamente ao domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, constata-se que as oportunidades de aprendizagem disponibilizadas ao longo dos estágios foram devidamente aproveitadas. Verificou-se uma colaboração ativa e contínua com as equipas da UCC e da USP, tanto nas áreas de intervenção específicas destas Unidades Funcionais como na participação em projetos em curso. Este período permitiu o envolvimento direto em diversas atividades formativas e assistenciais, favorecendo a consolidação de conhecimentos, o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, bem como a aquisição de uma visão mais integrada e crítica sobre a prática da enfermagem comunitária e de saúde pública, tais como: Participação no projeto "Saúde a Gosto" abordado no capítulo das atividades desenvolvidas nos estágios, que tem como objetivo a prevenção da diabetes, e é direcionado para utentes dos Concelhos da área de abrangência da ULS do Alentejo, com risco moderado de desenvolver diabetes *mellitus*; No decorrer da intervenção, dinamizaram-se sessões de educação para a saúde centradas na temática da diabetes e alimentação saudável, bem como a realização de workshops culinários. Estas atividades possibilitaram um contacto direto com os utentes, promovendo o envolvimento ativo e a partilha de experiências, o que se revelou fundamental para a criação de um ambiente de proximidade e aprendizagem mútua. Realização de visitas domiciliárias em diversos âmbitos, nomeadamente no âmbito da saúde mental, dos cuidados paliativos e tratamento de feridas integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Participação em sessões de educação para a saúde através de programas de Saúde Escolar, com o tema da sexualidade e prevenção de doenças; Participação na vigilância epidemiológica de doenças de notificação obrigatória com a USP da área de abrangência; Participação em sessões de sensibilização para o Rastreio do Cancro do Colón e do Reto com a equipa de rastreios da USP; Participação na realização de consultas do viajante, que permitiu

contactar com uma área específica da promoção da saúde e prevenção da doença, dirigida a pessoas que se preparam para viajar para destinos com diferentes perfis epidemiológicos. Esta experiência possibilitou o aprofundamento de conhecimentos sobre a complexidade e diversidade dos procedimentos e cuidados associados à medicina do viajante, incluindo aspetos relacionados com a vacinação, profilaxia de doenças e aconselhamento comportamental. A prática nesta área evidenciou a importância da intervenção do enfermeiro na educação para a saúde, adaptada ao contexto individual de cada viajante e às especificidades dos destinos em causa; Participação em diversas sessões formativas no âmbito dos cuidados paliativos (Anexo F) e no congresso de apresentação do PNS (Anexo G), que contribuíram para o reforço da literacia profissional, permitindo uma compreensão mais aprofundada das políticas de saúde pública, da organização dos cuidados continuados e da abordagem integral ao doente em cuidados paliativos, numa perspetiva centrada na dignidade, qualidade de vida e continuidade dos cuidados. Deste modo, considera-se que foram efetivamente desenvolvidas as competências inerentes ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Paralelamente, a participação em múltiplas atividades promovidas pelas Unidades Funcionais da UCC e da USP proporcionou uma perspetiva mais abrangente e integrada do trabalho desenvolvido no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Esta experiência potenciou a consolidação e ampliação de saberes, promovendo uma aprendizagem significativa e contextualizada. Todas as vivências ao longo dos estágios contribuíram de forma relevante para o reforço da autoperceção enquanto pessoa e profissional de enfermagem, permitindo, assim, a aquisição e o aprofundamento das competências exigidas à prática do enfermeiro especialista.

6.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

O Enfermeiro Especialista é um profissional com conhecimento aprofundado numa área específica de intervenção, que lhe permite tomar decisões tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença. Demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas sobre um campo de intervenção (OE, 2017). A prática da enfermagem orientada para a comunidade, parte de uma filosofia de prestação de serviços que envolve a prestação de cuidados de saúde, pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, através do diagnóstico e investigação dos principais problemas de saúde da comunidade e da população (OE, 2016). Nesta ótica, os estágios concretizados

contribuíram para o desenvolvimento profissional, sustentando-se no perfil de competências específicas do enfermeiro especialista na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (2018) as competências específicas nesta área de especialização compreendem:

a) **estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade** – Foram planeadas, desenvolvidas e implementadas as intervenções necessárias para o cumprimento rigoroso das etapas preconizadas pela metodologia do planeamento em saúde. Iniciou-se com a realização de um diagnóstico de situação de um grupo de idosos de um Conselho do Alentejo, considerando os diversos determinantes de saúde que influenciam o seu estado de saúde, embora com especial destaque no isolamento social. Com base neste diagnóstico, foram identificados os principais problemas de saúde e definidas prioridades de intervenção, em consonância com orientações estratégicas nacionais. Dando continuidade ao processo, foram formulados objetivos considerados pertinentes, exequíveis e mensuráveis, alinhados com as prioridades identificadas. Posteriormente, delinearam-se estratégias de intervenção orientadas para a resolução dos problemas, tendo como suporte a evidência científica disponível e os recursos existentes. A mobilização de parcerias, tanto institucionais como individuais, nomeadamente a Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, técnicos da ULS, Universidade Sénior local, entre outras, revelou-se um fator enriquecedor e potenciador da eficácia das ações implementadas. A implementação do projeto de intervenção comunitária decorreu de forma estruturada e participativa, culminando na sua operacionalização no terreno. A avaliação das intervenções foi realizada de forma contínua, mediante a aplicação de indicadores de atividade (ou de execução) e de impacto (ou de resultado), com o objetivo de validar a eficácia das ações implementadas, bem como de permitir a sua eventual otimização ou reformulação, assegurando a adequação das respostas às reais necessidades da população-alvo.

b) contribuir para **o processo de capacitação de grupos e comunidades** – A contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades foi evidenciada pela implementação do projeto de intervenção e pelas diversas atividades desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio. A concretização deste projeto exigiu, igualmente, a mobilização de conhecimentos multidisciplinares, com vista à promoção da literacia em saúde e à capacitação da população-alvo. As estratégias adotadas no âmbito da promoção e educação para a saúde foram sustentadas no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que orientou a planificação e implementação das intervenções. Neste enquadramento, procedeu-se à gestão da informação e à realização de ações dirigidas a um grupo comunitário específico — pessoas idosas a residir sós e em situação de isolamento —, com o objetivo de fomentar a adoção de

comportamentos preventivos e promover a inclusão social e o bem-estar. Foram desenvolvidas várias atividades ao longo dos estágios que contribuíram para a capacitação de grupos e comunidades, tais como: a dinamização do projeto "Saúde a Gosto", no âmbito da diabetes, dirigido a grupos em risco moderado de desenvolver diabetes, com foco na promoção de hábitos alimentares saudáveis; Dinamizadas sessões de educação para a saúde, no âmbito da Saúde Escolar, direcionado a estudantes adolescentes, centradas na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis; e no âmbito da Saúde Pública, ações de sensibilização para a prevenção e contenção de surtos infeciosos, com destaque para a disseminação da hepatite A em comunidades particularmente vulneráveis. Estas intervenções permitiram não apenas informar, mas também fomentar a literacia em saúde, promover a adoção de comportamentos protetores e reforçar a capacidade de resposta das comunidades face a diferentes desafios em saúde

c) integrar a **coordenação dos Programas de Saúde de âmbito e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde** – A participação no planeamento, implementação e monitorização dos programas de saúde da UCC e da USP permitiu uma compreensão mais aprofundada dos processos envolvidos na gestão da saúde comunitária. As intervenções desenvolvidas foram orientadas por referenciais teóricos e sustentadas nas diretrizes dos Programas de Saúde e do PNS, assegurando a coerência com os objetivos estratégicos nacionais. Os problemas identificados e trabalhados inserem-se nas prioridades do PNS, o que reforça a pertinência das ações desenvolvidas e contribui para a eficácia e eficiência das políticas públicas de saúde, desta forma considera-se esta competência adquirida.

d) **realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito demográfico** – Para a aquisição desta competência, foi necessário proceder à realização do diagnóstico de situação na área do isolamento das pessoas idosas de um Conselho do Alentejo, fundamentado na recolha e análise de dados epidemiológicos, que permitiram identificar os principais problemas de saúde da população, compreender as suas causas e delinear estratégias de intervenção adequadas. A integração, ao longo dos estágios, em programas e atividades de vigilância epidemiológica — tais como a vigilância de doenças em situação de surto, a vigilância de doenças de notificação obrigatória, a consulta do viajante, bem como a adesão e monitorização dos rastreios oncológicos, nomeadamente do Rastreio do Cancro do Cólon e Reto — contribuiu significativamente para a consolidação de conhecimentos e práticas nesta área. Estas experiências permitiram não só o desenvolvimento técnico e científico, mas também a aplicação efetiva dos princípios da vigilância em saúde pública, considerando-se, assim, esta competência como adquirida e efetivamente desenvolvida.

Em resultado da reflexão crítica sobre os diversos aspetos anteriormente enunciados, considera-se ter atingido as competências associadas à atribuição do grau de mestre, bem como ter adquirido, aprofundado e consolidado as competências próprias do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

7. CONCLUSÃO

A crescente prevalência do isolamento social entre os idosos é uma realidade que afeta diversas sociedades mundialmente. Esta condição tende a emergir quando os idosos mantêm interações sociais reduzidas ou inexistentes com familiares, amigos ou outros membros da comunidade. As consequências deste fenómeno refletem-se negativamente na saúde física, mental e emocional, estando associadas a um aumento do risco de morbilidade, declínio cognitivo e mortalidade prematura. Importa reconhecer que o isolamento social é influenciado por uma multiplicidade de determinantes de saúde, de entre os quais se destaca a solidão — uma vivência subjetiva que, apesar de relacionada, é distinta do isolamento social. A solidão representa a perceção individual de desconexão emocional ou ausência de vínculos significativos, podendo ocorrer mesmo em contextos onde existem contactos sociais, dado o seu caráter subjetivo e multifacetado, não existe uma abordagem única ou universalmente eficaz para o seu combate. Por conseguinte, as estratégias de intervenção devem ser personalizadas e ajustadas às características e necessidades específicas de cada comunidade e contexto social.

Para conhecer e lidar com esse problema, os EEECSP possuem competências especializadas que os capacitam para atuar na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados de enfermagem em contextos comunitários. A identificação dos problemas e necessidades da população-alvo exigiu a realização de um diagnóstico de situação, com recurso a instrumentos previamente validados. Os dados recolhidos evidenciaram uma elevada prevalência de sentimentos de solidão e uma relação proporcional entre a intensidade desses sentimentos e o risco de isolamento social.

O presente projeto proporcionou uma investigação sobre o impacto do isolamento social na saúde de pessoas idosas, bem como a implementação de estratégias de promoção da saúde e participação comunitária para mitigar esse fenômeno. Ao longo do estudo, foi possível realizar uma análise dos fatores determinantes do isolamento social, utilizando o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender como referencial teórico. As ações implementadas, orientadas para a promoção da saúde e para o estímulo à interação social em diversas atividades, evidenciaram efeitos positivos na diminuição dos sentimentos de solidão e do isolamento social das pessoas idosas envolvidas.

No que diz respeito aos objetivos propostos, eles foram atingidos, evidenciando a eficácia de estratégias educativas, atividades de convivência, educação para a saúde e ações de sensibilização na promoção do envelhecimento ativo e na promoção de uma maior interação social. Como resposta aos objetivos propostos, foram realizadas várias atividades para contribuir para a diminuição do isolamento

social na população em estudo. Nos casos em que não foi possível a avaliação dos resultados durante o tempo de execução do projeto, foram delineadas estratégias com equipa da UCC, para a continuidade do projeto.

Em suma, o isolamento social no idoso é um problema de saúde pública que pode ter efeitos negativos na saúde física e mental dos idosos, no entanto, é possível encontrar estratégias de combate ao isolamento social e ajudar as pessoas idosas a ultrapassar este problema. Para estudos futuros, recomenda-se aprofundar a investigação sobre a sustentabilidade das ações implementadas, bem como explorar novas estratégias que possam aumentar a adesão dos idosos às atividades promovidas. Assim, este trabalho constitui uma etapa inicial de um percurso de continuidade que visa ampliar o impacto social e de saúde das ações de combate ao isolamento social na população idosa.

A concretização deste relatório, desenvolvido no âmbito do estágio do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, foi viabilizada graças à colaboração ativa de uma equipa multidisciplinar e ao estabelecimento de diversas parceiras. Contudo, importa salientar que ao longo do processo surgiram algumas dificuldades, nomeadamente a resposta tardia (ou inexistente) por parte de alguns organismos, que trabalham com idosos e que podiam ser uma mais-valia no diagnóstico de situação; garantir a representatividade da amostra, devido à natureza mutável da população alvo composta por pessoas vulneráveis, foi crucial atualizar os dados dos participantes elegíveis em relação aos critérios de inclusão; algumas pessoas, inicialmente elegíveis, foram posteriormente excluídas devido a determinadas circunstâncias como entrada em instituições (ERPI e na RNCCI) ou residir com um familiar devido ao agravamento do seu estado de saúde e até mesmo casos de óbito; a distância geográfica e as más condições das estradas dificultam o acesso à residência das pessoas; a gestão do tempo, uma vez que o período disponível para a utilização do veiculo de transporte era limitado, e a própria população alvo, as pessoas idosas, foi necessário despender de mais tempo na colheita de dados e nas visitas domiciliárias, a fim de identificar e resolver outras dificuldades enfrentadas no momento.

A execução do projeto de intervenção e a vivência dos estágios proporcionaram experiências profissionalmente enriquecedoras, fundamentais para a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Este percurso exigiu capacidade de adaptação, resiliência e perseverança para superar os diversos desafios que se colocaram na concretização dos objetivos definidos. O conhecimento adquirido revela-se imprescindível para enfrentar os desafios futuros no exercício profissional, não invalidando, contudo, a necessidade de uma busca contínua pela melhoria do desempenho, pela atualização das competências e pelo aperfeiçoamento

das ferramentas de intervenção. As aprendizagens consolidadas ao longo deste processo constituem uma base estruturante para a prática profissional autónoma, sustentada em evidência científica e orientada para a construção de estratégias de intervenção ajustadas aos diferentes contextos e realidades em saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, I., Grácio, L., & Carapeto, M. J. (2024). Solidão e Bem-Estar em Adultos Portugueses: Uma Revisão de Literatura. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 6. https://doi.org/10.61415/riage.325

Alanazi, D., Alanazi, M., Alanazi, F., Aldhafiri, M., Albalawi, D., Alanazi, N., Alghumayz, S., Alwani, S., Almutairi, O., & Almusaad, A. (2024). Community-Based Nursing and Public Health: A Synergistic Approach to Health Promotion. *Journal of Ecohumanism*. https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.4876

Albert, S., & Freedman, V. (2020). Introduction to Special Issue, Aging and Public Health. *Innovation in Aging*, 4. https://doi.org/10.1093/geroni/igaa008.

Almeida, M.L.F, Tavares, J.P.A & Ferreira, J.S.S Ferreira. (2021). Competências em Enfermagem Gerontogeriátrica: Uma Exigência para Qualidade do Cuidado. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25004/monografia_19_1.pdf

Anes, E. M. G. J., Ferreira, A., Veiga, C., Lopes, I., Cordeiro, V., & Brás, M. A. M. (2021). Solidão e isolamento nos idosos em Portugal: Revisão sistemática da literatura. *Revista INFAD de Psicología*. https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/2128

Anyan, F., & Hjemdal, O. (2021). Loneliness in social relationships: Mapping the nomological network of loneliness with key conceptual domains and theoretical constructs. *Journal of Social and Personal Relationships* , 39 (2), 132-154. https://doi.org/10.1177/02654075211033035

Australian Bureau of Statistics. (2024, junho). *Sample Size Calculator*. Disponível online: https://www.abs.gov.au/websitedbs/d3310114.nsf/home/sample+size+calculator

Azeredo, Z. & Afonso, M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085

Bretanha, A., Amestoy, S., & Thumé, E. (2013). Envelhecimento populacional: um desafio para enfermagem Demographic Aging: a challenge for nursing Envejecimiento de la Población: un desafío para la enfermería. *J Nurs Health*. 2013;3(2):213-20. https://www.researchgate.net/publication/317650232_Envelhecimento_populacional_um_desafio_

para enfermagem Demographic Aging a challenge for nursing Envejecimiento de la Poblacio n un desafio para la enfermeria

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72. https://doi.org/10.1111/spc3.12087

Cardoso, R., Caldas, C., Brandão, M., De Souza, P., & Santana, R. (2021). Modelo de promoção do envelhecimento saudável referenciado na teoria de Nola Pender.. *Revista brasileira de enfermagem* , 75 1, e20200373 . https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0373

European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC]. (2024). Seasonal influenza vaccination coverage in Europe: Winter season 2022–2023. https://www.ecdc.europa.eu

United Nations Regional Information Centre [UNRIC]. (2024, junho 20). ENVELHECIMENTO. https://unric.org/pt/envelhecimento/

Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. https://doi.org/10.1111/hsc.12311

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). A framework for assessing health systems from the public's perspective: the ALPS approach. *International Journal of Health Services*, 37(2), 363 378. https://doi.org/10.2190/U814-6X80-N787-807J

Dahlgren, G., Whitehead, M., & WHO. (2006). *Levelling up (part 2): A discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (No. EUR/06/5062295)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107791/E89384.pdf

Decreto-Lei n.º 65/2018, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2018). Diário da República: nº 157/2018, Série I. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879

Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República n.º 65/2009, Série I de 2009-04-02, páginas 2058 – 2062. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228

Direção Geral de Saúde [DGS]. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx

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

Direção-Geral de Saúde [DGS]. (2024). PLANO PARA A RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE - MÓDULO INVERNO. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2024/10/Plano-para-a-Resposta-Sazonal-em-Saude-%E2%80%93-Modulo-Inverno-2024-2025.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (2004) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Portugal, Ministério da Saúde). Lisboa: Ministério da Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_CircularNormativaDGCG_ProgramanacionalSaudePessoasIdosas.pdf#:~:text=O%20Programa%20Nacional%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20das%20Pessoas,do%20Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%202004%20%E2%80%93%202010

Duarte de Almeida, L., (2010). Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Revista Bioética, 18(3), 537-548. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361533254003

Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6(2), 91–100. https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3

Elovainio, M., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Josefsson, K., Jokela, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2017). Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *The Lancet. Public health*, *2*(6), e260–e266. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30075-0

Fortin, M.F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Freitas, P. C. B. (2011). Solidão em idosos: percepção em função da rede social [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/8364

Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA]. (2012). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo Executivo. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf

Ghenta, M., Matei, A., Mladen-Macovei, L., & Bobârnat, E.-S. (2022). Factors Associated with the Participation of Older Adults in Cultural and Sports Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(10), 6244. https://doi.org/10.3390/ijerph19106244

Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. https://doi.org/10.1177/1745691614568352

Hsieh, J., Mirza, R., Hull, J., Peng, S., Mustafa, M., Moore, C., Kelly-Adams, D., & Klinger, C. (2022). UNDERSTANDING OLDER ADULTS' FLU VACCINE HESITANCY: THE ROLE OF MEDICAL MISINFORMATION. *Innovation in Aging*. https://doi.org/10.1093/geroni/igac059.2481.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). CENSOS 2021 – DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS PROVISÓRIOS. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2022). Censos 2021 – Resultados definitivos: População residente por níveis de escolaridade. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2023). Idosos portugueses cada vez mais centenários. Mais de 400 mil estão em risco de pobreza. Renascença. https://rr.sapo.pt/especial/pais/2023/07/11/idosos-portugueses-cada-vez-mais-centenarios-mais-de-400-mil-estao-em-risco-de-pobreza/338631/

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSA]. (2022). Envelhecimento e Saúde - Caracterização da saúde da população idosa em Portugal. http://hdl.handle.net/10400.18/9195

Kruahong, S., Tankumpuan, T., Kelly, K., Davidson, P., & Kuntajak, P. (2023). Community empowerment: A concept analysis.. *Journal of advanced nursing*. https://doi.org/10.1111/jan.15613

Leite, A. & Carvalho, M. (2012). Solidão na Saúde. Instituto Superior de Ciencias Empresariais e do Turismo. PERCURSOS & IDEIAS – Nº 3 & 4- 2ª SERIE 2011-2012. REVISTA CIENTIFICA DO

ISCTE. https://percursoseideias.iscet.pt/wp content/uploads/2022/03/PI 2011-12 N03-04 SS05.pdf

Li, T., Wang, Q., & Cheng, C. (2022). Effect of aging on cardiovascular responses to cold stress in humans. *Frigid Zone Medicine*, 2, 149-157. https://doi.org/10.2478/fzm-2022-0022

Logframe. (2023). Diagnóstico Social do Concelho de Almodôvar 2023. https://cm-almodovar.pt/wp-content/uploads/2023/10/DiagnosticoSocial2023.pdf

López, M., Martínez, S., & Teixeira, J. (2020). Using mobile devices and apps to assist the elder population in rural areas and generate business opportunities. *IBIMA Business Review*, 2020, Article ID 585068. https://ibimapublishing.com/articles/IBIMABR/2020/585068/

Lorenzo, Óscar, Teixeira, A., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H., & Sequeira, C. (2019). Fatores de isolamento social do idoso em meio rural. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 39–46. https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.57

Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943–959. https://doi.org/10.1037/dev0000117

Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Lidel- Edição Técnica.

Ministério da Saúde. (2024). UCC Almodôvar. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/942/40001/4020280/Pages/default.aspx

Montijo, J. (2018). Projeto Intergeracional de Combate Ao Isolamento Social e Solidão dos Idosos no Concelho de Estremoz. Instituto Universitário de Lisboa. http://hdl.handle.net/10071/18733

Nakou, A., Dragioti, E., Bastas, N. S., Kympouropoulos, S. P., & Tsaras, K. (2025). Solidão, isolamento social e viver sozinho: uma revisão sistemática abrangente, meta-análise e meta-regressão dos riscos de mortalidade em idosos. *Aging Clinical and Experimental Research*, 37, 29. https://doi.org/10.1007/s40520-024-02925-1

Neto, M. (2023, junho 19). O anonimato dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública. *Público*. https://www.publico.pt/2023/06/19/p3/cronica/anonimato-enfermeiros-especialistas-enfermagem-comunitaria-saude-publica-2053149

Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2), 137–152. https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2

Norlin, J., McKee, K. J., Lennartsson, C., & Dahlberg, L. (2025). Quantity and quality of social relationships and their associations with loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*. https://doi.org/10.1080/13607863.2025.2460068

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/documents/legislacaooe/regulamentocompetenciascomunitariasaude%20publica_aprovadoag_20nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2016). Plano de atividades a desenvolver em 2016 - Aprovado por unanimidade, com alterações, na assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem Comunitária. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2016/PlanoActividades2016_MCEEC.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem comunitária - na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública - na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. https://ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2020, maio 27). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021, julho 1). Enfermeiros como agentes de mudança. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/enfermeiros-como-agentes-de-mudan%C3%A7a/

Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Estados Unidos. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS]. (2022). Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275726587

Pallant, J. (2020). SPSS Survival Manual - A step by step guide to data analysis using IBM SPSS (7th edition). Open University Press.

Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S., Balmes, J., & Adler, N. (2013). Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors. *American journal of public health*, 103 11, 2056-62 . https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301261

Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A., Dooley, D., Spreng, R., Aunio, A., & Dubé, L. (2023). Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *Journal of Medical Internet Research* , 25. https://doi.org/10.2196/40213

Paúl, C. (2017, maio 28). Enfrentar a solidão na velhice. PÚBLICO. https://www.publico.pt/2017/05/28/sociedade/noticia/enfrentar-a-solidao-na-velhice-1773162

Paz, A., Santos, B. & Eidt, O. (2007). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. Acta Paul Enferm 2006;19(3):338-42. https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011) Health Promotion in Nursing Practice. 6th Edition, Pearson, Boston

Pender, N.J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice (Sixth Edition). England: Pearson Education Limited

Pereira, M. (2021). Educação para a saúde: Fundamentos, estratégias e práticas. Lisboa: Lidel.

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA Loneliness para Idosos Portugueses. Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 10(18). https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304

PORDATA. (2016). Retrato de Portugal. Edição 2016. Lisboa. https://www.pordata.pt/ebooks/PT2016v20160712/mobile/index.html#p=1

Ramos, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre os idosos. Sociologias, 4(7): 156 175. https://www.scielo.br/j/soc/a/VMH7xnfRKMG4qqSWt746CBQ/?format=pdf&lang=pt

REGULAMENTO (UE) 679/2016. (2016). Retificação n.º 00/2016, de 04/05. REGULAMENTO GERAL SOBRE A PROTEÇÃO DE DADOS (RGPD) DA UNIÃO EUROPEIA (UE). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2961&tabela=leis

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019. https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf

Regulamento n.º 348/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 118/2015, Série II de 2015-06-19, páginas 16481 – 16486. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República n.º 135/2018, Série II https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935419359.pdf

Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023. (2023). Diário da República n.º 158/2023, Série I de 2023-08-16, páginas 72 – 126. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577

Ribeiro, A. (2022). Isolamento social e solidão dos idosos em tempo de COVID-19. Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar, 38(5), 539–44. DOI: https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i5.13347

Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M., Araújo, L., Barbosa, S., e Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de *Lubben* (LSNS-6). Revista Temática Kairós Gerontologia, 15 (1), pp. 217–234. , http://hdl.handle.net/10400.19/3430

Ribeiro, W. A., Neves, K. d. C., Fassarella, B. P. A., De Souza, J. G. M., Dos Santos, L. C. A., Guedes, M. M. F., Coutinho, V. V. A., De Oliveira, A. R., De Carvalho, J. R., Sant'anna, T. d. L., Genaio, V. R. M., Braga, G. O., & Alves, P. F. L. (2023). Contributos das teorias de Nola Pender e Dorathea Orem para a qualidade de vida da criança com Transtorno do Espectro Autista. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, *16*(10), 23521–23547. https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-286

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, (15), 1–38. ISSN 1646-5067. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santini, Z., Jose, P., Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Saúde pública* , 5 1, e62-e70. https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30230-0

Santos, S., Barlem, E., Silva, B., Cestari, M., & Lunardi, V. (2009). Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. *Acta paul. enferm.* 21 (4). https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000400018

Savage, R. D., Wu, W., Li, J., Lawson, A., & Rochon, P. A. (2023). Quality of life and well-being during the COVID-19 pandemic: Associations with loneliness and social isolation in a cross-sectional, online survey of 2,207 community-dwelling older Canadians. BMC Geriatrics, 23, 615. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04350-x

Sepanas, E., Barros, J.P., Fidalgo, L., Lopes, S. & Mestre, T. (2024). *Norma para a elaboração de trabalhos académicos produzidos no IPBeja* (1ª Edição). Instituto Politécnico de Beja Editorial. ISBN: 978-989-9175-10-5

Sepulveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24, 938 - 947. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7

Simões, J., Augusto, G. F., Hernández-Quevedo, C. & Fronteira, I. (2017). *Portugal Retrato do Sistema de Saúde. Health Systems in Transition.* http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal-PT/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf

Squire, A. (2005). Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas – Fundamentos Básicos para a Prática. Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) - Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª ed. Lisboa: Lusociência

Suulamo, U., Remes, H., Tarkiainen, L., Murphy, M., & Martikainen, P. (2024). Excess winter mortality in Finland, 1971–2019: a register-based study on long-term trends and effect modification by sociodemographic characteristics and pre-existing health conditions. *BMJ Open* , 14. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079471

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da Saúde.

Townsend, B., Chen, J., & Wuthrich, V. (2021). Barriers and Facilitators to Social Participation in Older Adults: A Systematic Literature Review. *Gerontologista Clínico*, 44, 359-380. https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1863890

ULSBA, EPE. (2024). PLANO PARA A RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE - MÓDULO INVERNO 2024/2025.

Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]. (2023). Manual de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.

United Nations Economic Commision for Europe [UNEC]. (2013). Abuse of Older Persons. UNECE Policy Brief on Ageing, (14), 24. https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG-14.pdf

Usar, S., Debra, H., Glenn, P. (2021). Approaches to enhance social connection in older adults: an integrative review of literature. *Aging and Health Research 1* (2021) 100029. https://doi.org/10.1016/j.ahr.2021.100029

Victor, C. R., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analysis of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, 146(3), 313–331. https://doi.org/10.1080/00223980.2011.609572

Walsh, K., Scharf, T. & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur J Ageing 14*, 81–98. https://doi.org/10.1007/s10433 016-0398-8

Wang, S., Lin, J., Kuang, L., Yang, X., Yu, B., & Cui, Y. (2024). Risk factors for social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nursing*, 41, 200–208. https://doi.org/10.1111/phn.13266

Wen, Z., Peng, S., Yang, L., Wang, H., Liao, X., Liang, Q., & Zhang, X. (2022). Factors Associated With Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association* . https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.11.008

World Health Organization [WHO]. (1999). A life course perspective of maintaining independence in older age prepared. https://iris.who.int/handle/10665/65576

World Health Organization [WHO] (2012). Risk to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/risks_to_mental_health_en_27_08_12.pdf?sfvrsn=44f5907d_10&download=true

World Health Organization [WHO]. (2016). Health promotion. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/healthpromotion

World Health Organization [WHO]. (2021). Social Isolation and Loneliness among older people. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749

World Health Organization [WHO]. (2023). Health education and health literacy: Global strategy. https://www.who.int/publications

World Health Organization [WHO]. (2025, março 26). Cuidados de saúde primários. https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care

World Health Organization [WHO]. (2023). Influenza vaccination and immunization strategies: Global report 2023. https://www.who.int

World Medical Association (2013). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. https://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html

Zhao, L., & Wu, L. (2022). The Association between Social Participation and Loneliness of the Chinese Older Adults over Time—The Mediating Effect of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(2), 815. https://doi.org/10.3390/ijerph19020815

ANEXOS

ANEXO A

PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ULS [redacted]

EXTRATO DA ACTA DA REUNIÃO N.º 06/2024 DA COMISSÃO DE ÉTICA HOMOLOGADA PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO EM 20.06.2024 (Ata nº 25, Ponto 4.1)

Aos catorze dias do mês de junho de dois mil e vinte e quatro, pelas catorze horas, na Sala João Paradela do Departamento de Saúde Mental da [redacted] reuniu a Comissão de Ética da [redacted], estando presentes: [redacted], Enfermeira, [redacted], Psicóloga, [redacted] Assistente Graduada-Sénior de Psiquiatria, Diretora do Departamento de Saúde Mental, e Presidente desta Comissão [redacted] Juiz e Presidente da Comarca de Beja, [redacted], Técnica Superior de Serviço Social, [redacted], Capelão e Coordenador do Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, [redacted] Engenheiro do Gabinete da Qualidade, Segurança e Ambiente. Não puderam estar presente e justificaram a sua ausência [redacted], Assistente de Medicina Geral e Familiar, e [redacted] Farmacêutica. ----------

---------- Foram tratados os seguintes assuntos: ----------

«««**PONTO VINTE – EDOC/2024/24743** – Projeto de intervenção comunitária – Combate ao isolamento social associado à prevenção de complicações, a realizar por Raquel da Luz Gonçalves Batista. ----------

--- A Comissão de Ética não tem nada a opor e emite parecer favorável. ----------

[redacted], 20 de junho 2024

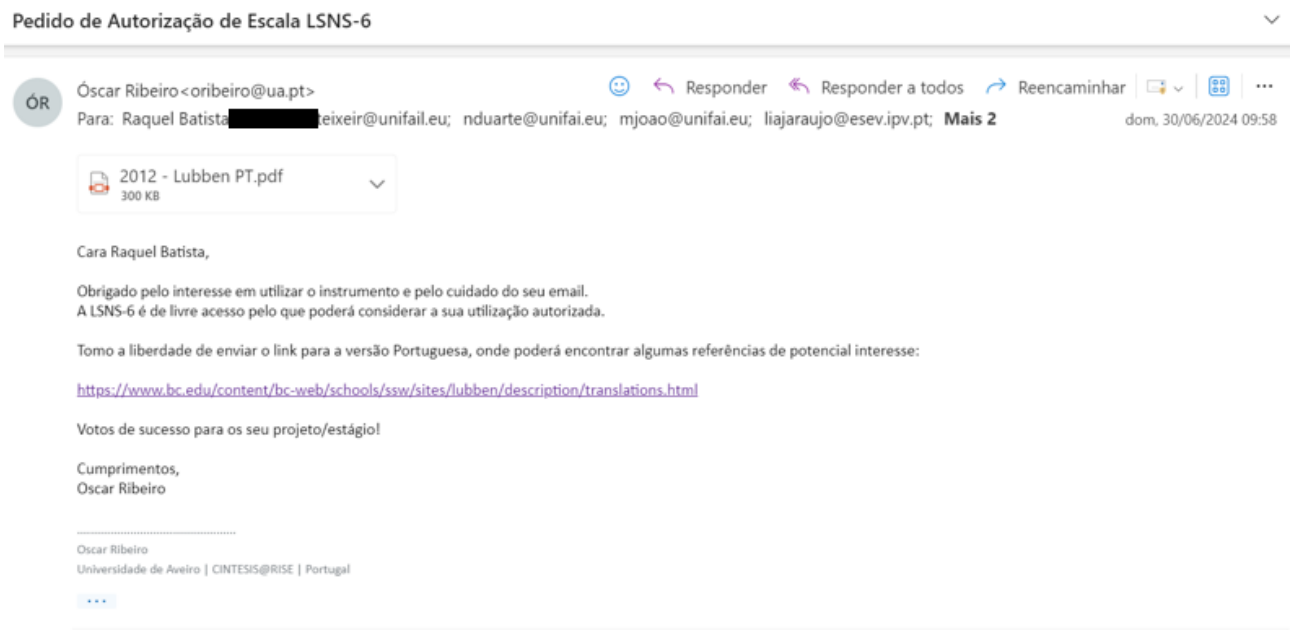
A Presidente da Comissão de Ética

[redacted]

ANEXO B

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

AUTORIZAÇÃO ESCALA LSNS-6



Pedido de Autorização de Escala LSNS-6

ÓR Óscar Ribeiro<oribeiro@ua.pt> Responder Responder a todos Reencaminhar

Para: Raquel Batista [redacted]teixeir@unifail.eu; nduarte@unifai.eu; mjoao@unifai.eu; liajaraujo@esev.ipv.pt; **Mais 2** dom, 30/06/2024 09:58

2012 - Lubben PT.pdf
300 KB

Cara Raquel Batista,

Obrigado pelo interesse em utilizar o instrumento e pelo cuidado do seu email.
A LSNS-6 é de livre acesso pelo que poderá considerar a sua utilização autorizada.

Tomo a liberdade de enviar o link para a versão Portuguesa, onde poderá encontrar algumas referências de potencial interesse:

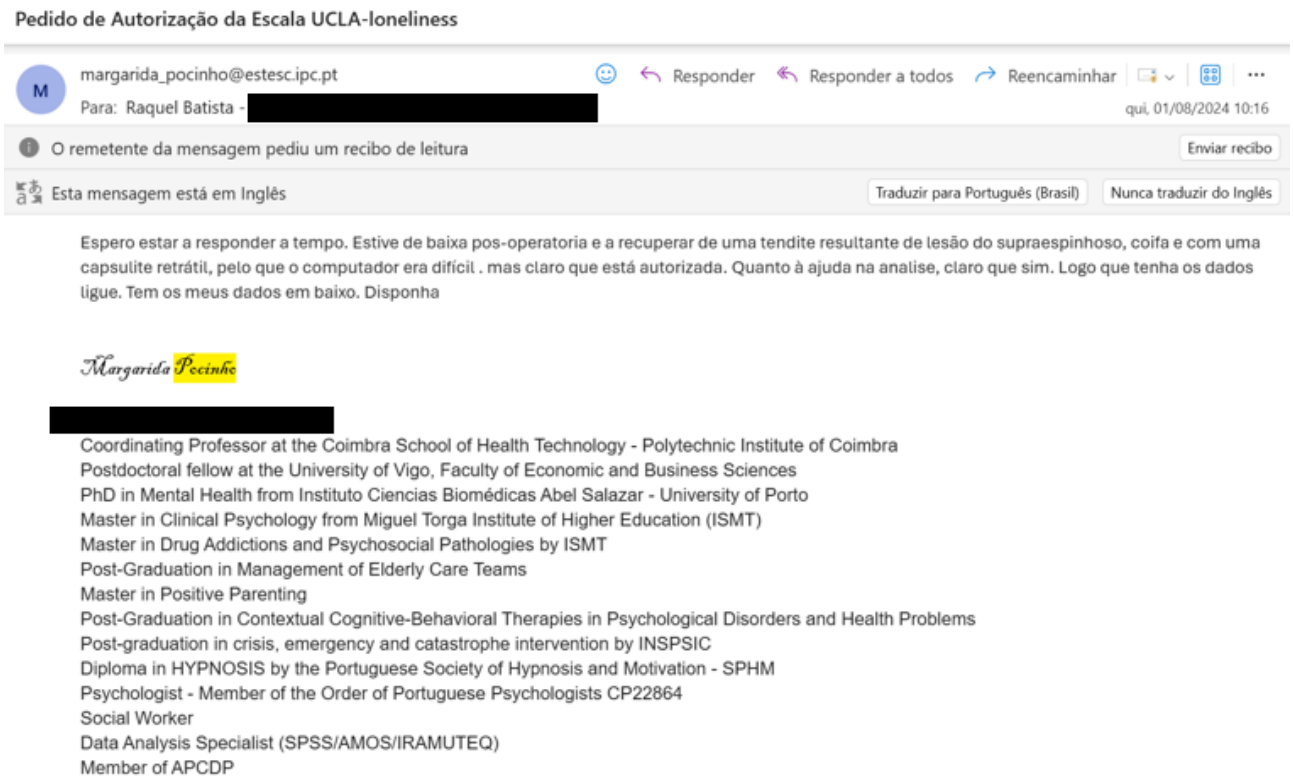
https://www.bc.edu/content/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/translations.html

Votos de sucesso para os seu projeto/estágio!

Cumprimentos,
Oscar Ribeiro

Oscar Ribeiro
Universidade de Aveiro | CINTESIS@RISE | Portugal

AUTORIZAÇÃO ESCALA UCLA



Pedido de Autorização da Escala UCLA-loneliness

M margarida_pocinho@estesc.ipc.pt Responder Responder a todos Reencaminhar

Para: Raquel Batista - [redacted] qui, 01/08/2024 10:16

O remetente da mensagem pediu um recibo de leitura Enviar recibo

Esta mensagem está em Inglês Traduzir para Português (Brasil) Nunca traduzir do Inglês

Espero estar a responder a tempo. Estive de baixa pos-operatoria e a recuperar de uma tendite resultante de lesão do supraespinhoso, coifa e com uma capsulite retrátil, pelo que o computador era difícil . mas claro que está autorizada. Quanto à ajuda na analise, claro que sim. Logo que tenha os dados ligue. Tem os meus dados em baixo. Disponha

Margarida Pocinho

[redacted]
Coordinating Professor at the Coimbra School of Health Technology - Polytechnic Institute of Coimbra
Postdoctoral fellow at the University of Vigo, Faculty of Economic and Business Sciences
PhD in Mental Health from Instituto Ciencias Biomédicas Abel Salazar - University of Porto
Master in Clinical Psychology from Miguel Torga Institute of Higher Education (ISMT)
Master in Drug Addictions and Psychosocial Pathologies by ISMT
Post-Graduation in Management of Elderly Care Teams
Master in Positive Parenting
Post-Graduation in Contextual Cognitive-Behavioral Therapies in Psychological Disorders and Health Problems
Post-graduation in crisis, emergency and catastrophe intervention by INSPSIC
Diploma in HYPNOSIS by the Portuguese Society of Hypnosis and Motivation - SPHM
Psychologist - Member of the Order of Portuguese Psychologists CP22864
Social Worker
Data Analysis Specialist (SPSS/AMOS/IRAMUTEQ)
Member of APCDP

ANEXO C

ESCALA UCLA

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 – Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 – Não se sente intimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 – Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
10 – Sente-se abandonado	4	3	2	1
11 – Sente-se completamente só	4	3	2	1
12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13 – As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15 – Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16 – Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18 – É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19 – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

☐ Itens excluídos (3,6,14,20)

ANEXO D

ESCALA LSNS-6

LSNS-6

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: *Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc…*						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

AMIGOS: *Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança…*						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ANEXO E

FOLHETO INFORMATIVO

IMPORTANTE

- Faça um telefonema ou contacte pelo menos uma vez por dia com pessoas sós/isoladas;
- Certifique-se que elas se encontram de boa saúde e em condições de conforto.

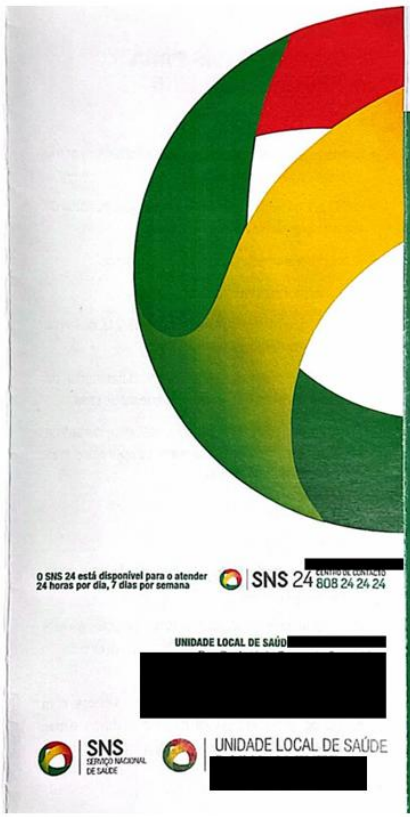
SE ESTIVER PERANTE UMA SITUAÇÃO DE MAL-ESTAR DEVIDO AO EXCESSO DE FRIO DEVE:

- Tomar banho com água morna. Água muito quente remove a camada protetora natural da pele;
- Manter a pele hidratada (mãos, pés, rosto e lábios), utilizando cremes ou loções hidratantes.

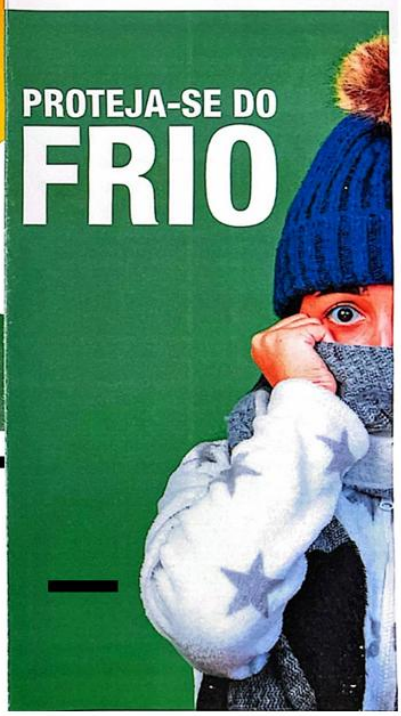
NA RUA

- Transportar a pessoa para um local quente e seco;
- Retirar qualquer peça de roupa que esteja molhada;
- Envolver a pessoa com cobertores;
- Dar bebidas quentes.





UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



EFEITOS DO FRIO NO ORGANISMO

Queimaduras e Frieiras

Lesões nas camadas da pele. As áreas mais afetadas são as mãos, pés, nariz e orelhas.

Hipotermia

A temperatura corporal abaixo do seu normal (< 37ºC). Manifesta-se por pele pálida ou arroxeada, até à perda gradual das capacidades motoras (tremor, dificuldade em andar e falar) e mentais (sonolência, confusão e perda de consciência).

Pode levar à morte se a vítima não for socorrida.

Enregelamento

Situação resultante da exposição excessiva ao frio. Provoca uma sensação de formigueiro e adormecimento dos pés, mãos e orelhas. Esta situação pode provocar danos permanentes no corpo humano, conduzindo, nos casos mais graves, à amputação.

Grupos Vulneráveis

- Bebés e crianças
- Idosos
- Pessoas acamadas ou dependentes
- Pessoas com mobilidade reduzida
- Portadores de doenças crónicas, mentais ou metabólicas
- Pessoas em situação de sem abrigo

CONSELHOS ÚTEIS PARA SE PROTEGER DO FRIO

Em casa

- Isole bem janelas e portas para evitar a entrada de ar frio e a saída do calor acumulado;
- Verifique o correto funcionamento dos equipamentos de aquecimento, antes da chegada do frio;
- Se tiver lareira limpe a chaminé, se necessário;
- Evite o uso de braseiras a carvão;
- Utilize os sacos de água quente com prudência, de forma a evitar a ocorrência de queimaduras;
- Evite dormir/descansar perto dos equipamentos de aquecimento e desligue-os sempre que sai de casa;
- Promova a circulação do ar, principalmente durante a noite, não fechando completamente os aposentos mas evitando correntes de ar frio.

Vestuário

- Use várias camadas de roupa , em vez de uma única peça de tecido grosso;
- Opte por roupas de algodão e fibras naturais e evite roupas apertadas, que possam dificultar a circulação sanguínea;
- Proteja as extremidades do corpo: cubra a cabeça, com chapéu ou gorro, proteja as mãos com luvas e use calçado adequado que evite o risco de queda.

ALIMENTAÇÃO

- Coma com mais frequência e dê preferência a alimentos quentes (sopas, leite e chá);
- Coma alimentos ricos em vitaminas e sais, pois protegem contra as infeções (fruta e legumes);
- Se a sua saúde o permitir, inclua na sua alimentação alimentos calóricos como chocolates, azeite e frutos secos.

CUIDADOS COM A PELE

- Tome banho com água morna. Água muito quente remove a camada protetora natural da pele;
- Mantenha a pele hidratada (mãos, pés, rosto e lábios), utilizando cremes ou loções hidratantes.

NA RUA

- Evite permanecer ao frio durante muito tempo;
- Quando a temperatura baixa muito e há vento, procure um lugar abrigado;
- Procure manter-se seco dado que o corpo arrefece rapidamente com a humidade;
- Evite sair de casa com crianças, bebés ou recém-nascidos nos dias mais frios.

EXERCÍCIO FÍSICO

- Mantenha a prática de exercício físico, uma vez que aumenta a produção de calor e a circulação sanguínea;
- Não faça exercício intenso ao ar livre e evite arrefecer com a roupa transpirada no corpo;
- Faça pequenos movimentos com os dedos, os braços e as pernas e evite o arrefecimento do corpo;
- Beba água durante a actividade física para evitar a desidratação.

ANEXO F

FORMAÇÃO "CONSPIRAÇÃO DO SILÊNCIO", "CUIDADOS PALIATIVOS" E "CONTROLO DA DOR – MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS"

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Raquel Batista, participou como Formanda, na ação formativa em contexto de trabalho, **"Conspiração do Silêncio"**, promovida pela SIC[redacted], em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 16/05/2024, atingindo a frequência de 01h.

[redacted]20 de maio de 2024

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

[redacted]

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 2261/2024

[redacted]

REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 s/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Raquel Batista, participou como Formanda, na ação formativa em contexto de trabalho, **"Cuidados Paliativos"**, promovida pela UCSP [redacted], em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 27/06/2024, atingindo a frequência de 01hora e 30minutos.

[redacted] 03 de julho de 2024

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

[redacted]

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 03139/2024

[redacted]

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [redacted]

Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 a/ sujeição a período de validade

DECLARAÇÃO

Declara-se que, Raquel Batista, participou como Formanda, na ação formativa em contexto de trabalho, **"Controlo da Dor – Medidas não Farmacológicas"**, promovida pela [redacted] em articulação com o Gabinete de Formação, Documentação e Investigação, que decorreu a 16/05/2024, atingindo a frequência de 01h.

[redacted] 20 de maio de 2024

A Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem

[redacted]

CHAVE MÓVEL

Declaração nº 2287/2024

[redacted]

ANEXO G

“PNS EM MOVIMENTO”

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

DGS Direção-Geral da Saúde

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Certifica-se que Raquel Da Luz Gonçalves Batista esteve presente no evento "**PNS em Movimento**" dedicado ao tema "**Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade**", realizado no Auditório Universidade de Évora, no dia 25 de novembro de 2024.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CONSENTIMENTO INFORMADO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Leia com atenção a informação abaixo. Se tiver dúvidas solicite mais informações.

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do 8.º Mestrado de Enfermagem em Associação - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Beja (ESS) do Instituto Politécnico de Beja (IPB). O projeto é subordinado ao tema: "Cuidar e Conectar – Um Projeto de Intervenção Comunitária" e tem como principal objetivo o combate ao isolamento social. Esta intervenção na comunidade é efetuada na UCC deste concelho em Estudo, é da responsabilidade da Investigadora Raquel da Luz Gonçalves Batista, sob orientação da Enferm[redacted], e pela P[redacted]

Explicação do estudo: Para a concretização deste projeto é necessário fazer recolha de dados. Serão utilizados três instrumentos: (1) questionário de dados sociodemográficos que será de autopreenchimento com objetivo de caracterizar a população em estudo; (2) Questionário UCLA de autopreenchimento com objetivo de diagnóstico da solidão geriátrica; (3) Questionário LSNS de autopreenchimento com o objetivo de avaliar o risco de isolamento social. O preenchimento dos questionários demorará aproximadamente 10 minutos. Após a análise dos dados está prevista intervenção ao nível da população se demonstrar risco de isolamento social. A seleção dos participantes serão os identificados no diagnóstico social da região como sozinhos e isolados, a residir n[redacted].

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamentos. Pode recusar participar sem qualquer tipo de consequências e pode também abandonar o estudo a qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Contacto: e-mail: [redacted]

Eu, _____, declaro que compreendi as informações acima descritas e concordo em participar no projeto de intervenção na comunidade. Compreendi que o estudo é confidencial e todos os dados recolhidos só poderão ser utilizados o âmbito deste estudo. Os dados recolhidos ficam na posse da enfermeira autora do estudo que os usará apenas para fins académicos comprometendo-se a manter a confidencialidade. Este documento é constituído por duas páginas, sendo elaborado em duplicado, ficando uma das cópias com o investigador e outra com a pessoa que prestou o consentimento.

_____

(Raquel da Luz Gonçalves Batista, Enfermeira)

_____

(Utente que Presta Consentimento)

APÊNDICE B

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA ESCALA UCLA

Pedido de autorização da UCLA-loneliness Scale

RU

Raquel Batista [redacted]

Para: mpocinho@staff.uma.pt

Cc: [redacted]

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

sex, 07/06/2024 14:29

Bom dia Ex.ma Srª. Doutora,

O meu nome é Raquel Batista enfermeira e aluna do 8º curso de mestrado de enfermagem em associação na área de especialização de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Beja, ano letivo 2024/2025. No âmbito do curso, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área do "Combate ao Isolamento Social associado à prevenção de complicações" que tem como finalidade a diminuição do isolamento social dos idosos do concelho [redacted]. Pesquisei sobre vários instrumentos de colheita de dados e a escala UCLA-loneliness Scale considero ser o instrumento de avaliação que mais se adequa ao tipo de estudo e à população em estudo. Desta forma, peço junto de vossas excelências a permissão para a utilização da escala UCLA-loneliness na recolha de dados do projeto de intervenção.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Batista

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

APÊNDICE C

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DA ESCALA LSNS 6

RU

Raquel Batista - [redacted]

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

Para: oribeiro@ua.pt; lteixeir@unifail.eu; nduarte@unifai.eu; mjoao@unifai.eu; liajaraujo@esev.ipv.pt; spsousa@icbas.up.pt; paul@icbas.up.pt

ter, 25/06/2024 22:42

Boa Tarde Ex.mos Srs. Doutores,

O meu nome é Raquel Batista enfermeira e aluna do 8º curso de mestrado de enfermagem em associação na área de especialização de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Beja, ano letivo 2024/2025. No âmbito do estágio, estou a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área do "Combate ao Isolamento Social associado à prevenção de complicações" que tem como finalidade a diminuição do isolamento social dos idosos do concelho [redacted] Pesquisei sobre vários instrumentos de colheita de dados e a escala LSNS-6 considero ser o instrumento de avaliação que mais se adequa ao tipo de estudo e à população em estudo. Desta forma, peço junto de vossas excelências a permissão para a utilização da escala LSNS-6 na recolha de dados do projeto de intervenção, e ainda se me fosse possível o envio do material de apoio de análise da escala.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Batista

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

APÊNDICE D

PEDIDO DE AUTORIZAÇÕES A OUTRAS UNIDADES PARA PARCERIA NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

PEDIDO DE PARCERIA AO NÚCLEO DE SERVIÇO SOCIAL

Pedido de Parceria Projeto de Combate ao Isolamento Social - [redacted]

RU Raquel Batista [redacted]

Para: [redacted]

Cc: [redacted]

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

sex, 07/06/2024 14:38

Boa tarde Inês,

Envio abaixo o pedido da tua parceria no projeto a desenvolver para conhecimento e autorização superior.

Serve o presente email para solicitar a parceria da colega assistente social Inês Gomes com a equipa de enfermagem da UCC do Centro de Saúde de Almodôvar num projeto que irá ser implementado no concelho com o tema: "Combate ao isolamento social - associado à prevenção de complicações". O meu nome é Raquel Batista e sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, encontro-me em estágio da especialidade com a Enfermeira Especialista [redacted] e pretendemos desenvolver o nosso projeto aqui no concelho, visto que foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário da região. Desta forma, solicitamos se possível, o apoio e colaboração da colega Inês na identificação e recolha de informação sociodemográfica das pessoas idosas identificadas como sozinhas e isoladas do concelho, visto que serão eles a nossa população-alvo. O objetivo do projeto é promover o combate ao isolamento social das pessoas idosas identificadas como sozinhas e isoladas no concelho de [redacted] Baixo Alentejo. Para a sua realização pretende-se conhecer as necessidades e a confirmação deste isolamento pela perspetiva da comunidade em estudo, e intervir na literacia e promoção da saúde. Se for necessária mais alguma informação, estou disponível para enviar.

Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

PEDIDO DE PARCERIA E DIVULGAÇÃO DO PROJETO

Convite para divulgação e projeto na área da Saúde

RU Raquel Batista [redacted]

Para: [redacted]

Cc: [redacted]

Responder | Responder a todos | Reencaminhar

qui, 10/10/2024 12:53

Bom dia Exm. [redacted]

Serve o presente email para convidar vossa excelência e toda a equipa da UCSP/UCC [redacted] a estar presente na apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde elaborado no âmbito de um projeto que pretendo desenvolver.

Como é de conhecimento da maioria dos colegas, o meu nome é Raquel Batista, sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Encontro-me a frequentar o estágio da especialidade com a [redacted]. Neste contexto, pretende-se desenvolver um projeto que se enquadre num problema prioritário da região.

De acordo com o diagnóstico social da região, foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário. Desta forma, escolhemos estudar a população idosa, dentro da temática do isolamento social e prevenção de possíveis complicações. Este convite tem o objetivo de dar a conhecer os resultados do estudo e a estabelecer parceria com os representantes das entidades convidadas, com o objetivo da implementação do projeto em que a população alvo está inserida, para a promoção do seu bem-estar e qualidade de vida. Por este motivo, agradeço a confirmação da sua/vossa presença nesta apresentação que se realizará na sala de reuniões do Centro de Saúde [redacted] no dia 17 de Outubro de 2024, às 12h.

Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Questionário de caracterização sociodemográfica

Este questionário é parte do projeto de intervenção comunitária com o tema: "Cuidar e Conectar - Projeto de Intervenção Comunitária de Combate ao Isolamento Social" pelo que solicita a sua colaboração no preenchimento do mesmo de forma espontânea, depois de o ler atentamente. Nas afirmações onde existe um quadrado (☐), deve assinalar, com uma cruz, a alínea que corresponde à sua resposta. Nas questões com um espaço em branco/linha (___), deve responder de forma clara e legível. A validação do questionário depende das respostas a todas as questões, pelo que pedimos que não deixe nenhuma questão por responder. O questionário é anónimo e confidencial. **Obrigada pela sua colaboração.**

Caracterização Sociodemográfica

Sexo

☐ Masculino

☐ Feminino

Idade

Idade: _____

Estado Civil

☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)
☐ Viúvo(a)
☐ Separado(a)/Divorciado(a)
☐ União de Facto

Nível de Escolaridade

☐ Não sabe ler nem escrever

☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)

☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)

☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º/8º/9º ano)

☐ Ensino Secundário (antigo Ensino Industrial ou Comercial)

☐ Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura/Mestrado/Doutoramento)

Profissão

Profissão desempenhada na vida ativa: _____

Valor mensal auferido de Reforma/Pensão

☐ Até 200€

☐ De 201€ até 500€

☐ De 501€ a 1.000€

☐ De 1.001€ a 1.500€

☐ Mais de 1.501€

Reside com?

☐ Sozinho

☐ Conjugue/companheiro

☐ Outros. Quem? _____

Onde vive?

☐ Em casa própria

☐ Com familiares (família alargada)

☐ Em instituição (ou com apoio)

☐ Outra. Qual? _____

Residência em:

☐ Área Rural

☐ Área Urbana

Por quantas pessoas é composto o seu agregado familiar: _____

Área Geográfica

1. Em que concelho vive: _____

2. Em que freguesia vive: _____

APÊNDICE F

TABELAS RESULTANTES DO QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

TABELA 1 – SEXO

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	13	28,3	28,3	28,3
	Feminino	33	71,7	71,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 2 – IDADE

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	65	1	2,2	2,2	2,2
	68	1	2,2	2,2	4,3
	71	1	2,2	2,2	6,5
	72	1	2,2	2,2	8,7
	73	2	4,3	4,3	13,0
	74	1	2,2	2,2	15,2
	75	2	4,3	4,3	19,6
	76	3	6,5	6,5	26,1
	77	1	2,2	2,2	28,3
	78	4	8,7	8,7	37,0
	79	6	13,0	13,0	50,0
	80	3	6,5	6,5	56,5
	81	4	8,7	8,7	65,2
	82	2	4,3	4,3	69,6
	84	2	4,3	4,3	73,9
	85	2	4,3	4,3	78,3
	86	2	4,3	4,3	82,6
	87	4	8,7	8,7	91,3
	89	1	2,2	2,2	93,5
	90	1	2,2	2,2	95,7
	91	1	2,2	2,2	97,8
	92	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 3 – ESTADO CIVIL

Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro(a)	9	19,6	19,6	19,6
	Casado(a)	2	4,3	4,3	23,9
	Viúvo(a)	34	73,9	73,9	97,8
	Separado(a)/Divorciado (a)	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 4 – ESCOLARIDADE

Nível de escolaridade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sabe ler nem escrever	13	28,3	28,3	28,3
	1º Ciclo do Ensino Básico (4º ano)	29	63,0	63,0	91,3
	2º Ciclo do Ensino Básico (5º/6º ano)	4	8,7	8,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 5 – PROFISSÃO

Profissão desempenhada na vida ativa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trabalhador(a) rural	35	76,1	76,1	76,1
	Doméstica(o)	3	6,5	6,5	82,6
	Comerciante	2	4,3	4,3	87,0
	Outra	6	13,0	13,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 6 – VALOR MENSAL REFORMA/PENSÃO

Valor mensal auferido de Reforma/Pensão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Até 200€	2	4,3	4,3	4,3
	De 201€ até 500€	23	50,0	50,0	54,3
	De 501€ a 1.000€	21	45,7	45,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 8 – FREGUESIA

Área Geográfica - Freguesia de residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Almodóvar	8	17,4	17,4	17,4
	Santa Clara	14	30,4	30,4	47,8
	Santa Cruz	10	21,7	21,7	69,6
	São Barnabé	14	30,4	30,4	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

APÊNDICE G

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA UCLA

TABELA 1 – UCLA1

Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	8	17,4	17,4	17,4
	Raramente	5	10,9	10,9	28,3
	Algumas vezes	9	19,6	19,6	47,8
	Frequentemente	24	52,2	52,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 2 – UCLA2

Sente que não tem alguém com quem falar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	12	26,1	26,1	26,1
	Raramente	12	26,1	26,1	52,2
	Algumas vezes	11	23,9	23,9	76,1
	Frequentemente	11	23,9	23,9	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 3 – UCLA4

Sente que tem falta de companhia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	4	8,7	8,7	8,7
	Raramente	1	2,2	2,2	10,9
	Algumas vezes	14	30,4	30,4	41,3
	Frequentemente	27	58,7	58,7	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 4 – UCLA5

Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	28	60,9	60,9	60,9
	Raramente	10	21,7	21,7	82,6
	Algumas vezes	6	13,0	13,0	95,7
	Frequentemente	2	4,3	4,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 5 – UCLA7

Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	25	54,3	54,3	54,3
	Raramente	16	34,8	34,8	89,1
	Algumas vezes	2	4,3	4,3	93,5
	Frequentemente	3	6,5	6,5	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 6 – UCLA11

Sente-se completamente só

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	6	13,0	13,0	13,0
	Raramente	4	8,7	8,7	21,7
	Algumas vezes	13	28,3	28,3	50,0
	Frequentemente	23	50,0	50,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 7 – UCLA12

É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	37	80,4	80,4	80,4
	Raramente	3	6,5	6,5	87,0
	Algumas vezes	3	6,5	6,5	93,5
	Frequentemente	3	6,5	6,5	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 8 – UCLA18

É-lhe difícil fazer amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	31	67,4	67,4	67,4
	Raramente	5	10,9	10,9	78,3
	Algumas vezes	8	17,4	17,4	95,7
	Frequentemente	2	4,3	4,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 9 – UCLA TOTAL

UCLA Total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17	1	2,2	2,2	2,2
	18	1	2,2	2,2	4,3
	19	1	2,2	2,2	6,5
	22	2	4,3	4,3	10,9
	23	1	2,2	2,2	13,0
	24	5	10,9	10,9	23,9
	26	3	6,5	6,5	30,4
	27	1	2,2	2,2	32,6
	28	1	2,2	2,2	34,8
	29	2	4,3	4,3	39,1
	30	1	2,2	2,2	41,3
	32	3	6,5	6,5	47,8
	33	3	6,5	6,5	54,3
	34	2	4,3	4,3	58,7
	35	2	4,3	4,3	63,0
	37	2	4,3	4,3	67,4
	38	2	4,3	4,3	71,7
	39	2	4,3	4,3	76,1
	41	2	4,3	4,3	80,4
	42	1	2,2	2,2	82,6
	43	1	2,2	2,2	84,8
	46	1	2,2	2,2	87,0
	48	1	2,2	2,2	89,1
	49	3	6,5	6,5	95,7
	52	2	4,3	4,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 10 – DIMENSÃO ISOLAMENTO SOCIAL

UCLA - Dimensão Isolamento Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	4	8,7	8,7	8,7
	13	4	8,7	8,7	17,4
	14	2	4,3	4,3	21,7
	15	4	8,7	8,7	30,4
	16	4	8,7	8,7	39,1
	17	5	10,9	10,9	50,0
	19	3	6,5	6,5	56,5
	20	2	4,3	4,3	60,9
	21	2	4,3	4,3	65,2
	22	2	4,3	4,3	69,6
	23	4	8,7	8,7	78,3
	27	1	2,2	2,2	80,4
	28	3	6,5	6,5	87,0
	29	2	4,3	4,3	91,3
	30	1	2,2	2,2	93,5
	32	1	2,2	2,2	95,7
	33	1	2,2	2,2	97,8
	34	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 11 – UCLA DIMENSÃO AFINIDADES

UCLA - Dimensão Afinidades

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5	2	4,3	4,3	4,3
	6	1	2,2	2,2	6,5
	8	2	4,3	4,3	10,9
	9	1	2,2	2,2	13,0
	11	6	13,0	13,0	26,1
	12	4	8,7	8,7	34,8
	13	7	15,2	15,2	50,0
	14	2	4,3	4,3	54,3
	15	6	13,0	13,0	67,4
	16	4	8,7	8,7	76,1
	17	4	8,7	8,7	84,8
	18	2	4,3	4,3	89,1
	19	3	6,5	6,5	95,7
	20	2	4,3	4,3	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 12 – UCLA DIMENSÃO AFINIDADES E VARIÁVEL SEXO

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
UCLA - Dimensão Afinidades	Masculino	13	16,38	213,00
	Feminino	33	26,30	868,00
	Total	46		

TABELA 13 – SCORE MÉDIO UCLA

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	46	1	4	3,07	1,162
Sente que não tem alguém com quem falar	46	1	4	2,46	1,130
Sente que tem falta de companhia	46	1	4	3,39	,906
Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	46	1	4	1,61	,881
Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	46	1	4	1,63	,853
Não se sente íntimo de qualquer pessoa	46	1	4	1,80	,957
Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	46	1	4	2,15	1,115
Sente-se abandonado	46	1	4	1,59	,979
Sente-se completamente só	46	1	4	3,15	1,053
É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	46	1	4	1,39	,881
As suas relações sociais são superficiais	46	1	4	1,87	,885
Considera que na realizada ni nguém o conhece bem	46	1	4	1,61	,954
Sente-se isolado das outras pessoas	46	1	4	2,37	1,323
Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	46	1	4	2,48	1,150
É-lhe difícil fazer amigos	46	1	4	1,59	,933
Sente-se posta à parte e excluída das outras pessoas	46	1	4	1,22	,629
UCLA Total	46	17	52	33,37	9,460
UCLA - Dimensão Isolamento Social	46	11	34	19,70	6,425
UCLA - Dimensão Afinidades	46	5	20	13,67	3,748
Valid N (listwise)	46				

APÊNDICE H

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA LSNS-6

TABELA 1 - FAMILIARES QUE VÊ OU FALA PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS

Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	4,3	4,3	4,3
	2	7	15,2	15,2	19,6
	3 ou 4	12	26,1	26,1	45,7
	5 a 8	16	34,8	34,8	80,4
	9 ou mais	9	19,6	19,6	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 2 - QUANTOS FAMILIARES SE SENTE PRÓXIMO PARA PEDIR AJUDA

De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	2,2	2,2	2,2
	1	8	17,4	17,4	19,6
	2	21	45,7	45,7	65,2
	3 ou 4	13	28,3	28,3	93,5
	5 a 8	2	4,3	4,3	97,8
	9 ou mais	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 3 - QUANTOS FAMILIARES SE SENTE Á VONTADE PARA FALAR SOBRE ASSUNTOS PESSOAIS

Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	6,5	6,5	6,5
	1	12	26,1	26,1	32,6
	2	20	43,5	43,5	76,1
	3 ou 4	9	19,6	19,6	95,7
	5 a 8	1	2,2	2,2	97,8
	9 ou mais	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 4 – AMIGOS QUE VÊ OU FALA PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS

Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	10,9	10,9	10,9
	2	4	8,7	8,7	19,6
	3 ou 4	8	17,4	17,4	37,0
	5 a 8	12	26,1	26,1	63,0
	9 ou mais	17	37,0	37,0	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 5 – QUANTOS AMIGOS SE SENTE PRÓXIMO PARA PEDIR AJUDA

De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	10,9	10,9	10,9
	1	11	23,9	23,9	34,8
	2	10	21,7	21,7	56,5
	3 ou 4	7	15,2	15,2	71,7
	5 a 8	6	13,0	13,0	84,8
	9 ou mais	7	15,2	15,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 6 – QUANTOS AMIGOS SE SENTE Á VONTADE PARA FALAR SOBRE ASSUNTOS PESSOAIS

Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	19,6	19,6	19,6
	1	15	32,6	32,6	52,2
	2	12	26,1	26,1	78,3
	3 ou 4	3	6,5	6,5	84,8
	5 a 8	4	8,7	8,7	93,5
	9 ou mais	3	6,5	6,5	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 7 – RESULTADOS LSNS-6 TOTAL

LSNS-6 Total

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	1	2,2	2,2	2,2
	9	2	4,3	4,3	6,5
	10	4	8,7	8,7	15,2
	11	4	8,7	8,7	23,9
	12	2	4,3	4,3	28,3
	13	2	4,3	4,3	32,6
	14	5	10,9	10,9	43,5
	15	4	8,7	8,7	52,2
	16	1	2,2	2,2	54,3
	17	4	8,7	8,7	63,0
	18	5	10,9	10,9	73,9
	19	3	6,5	6,5	80,4
	20	5	10,9	10,9	91,3
	21	1	2,2	2,2	93,5
	22	1	2,2	2,2	95,7
	24	1	2,2	2,2	97,8
	25	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 8 – RESULTADOS LSNS-6 SUBESCALA FAMÍLIA

LSNS-6 - Subscala Família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	3	6,5	6,5	6,5
	4	1	2,2	2,2	8,7
	5	3	6,5	6,5	15,2
	6	7	15,2	15,2	30,4
	7	10	21,7	21,7	52,2
	8	8	17,4	17,4	69,6
	9	4	8,7	8,7	78,3
	10	5	10,9	10,9	89,1
	11	2	4,3	4,3	93,5
	12	2	4,3	4,3	97,8
	15	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 9 – RESULTADOS LSNS-6 SUBESCALA AMIGOS

LSNS-6 - Subscala Amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2,2	2,2	2,2
	2	2	4,3	4,3	6,5
	3	3	6,5	6,5	13,0
	4	1	2,2	2,2	15,2
	5	5	10,9	10,9	26,1
	6	6	13,0	13,0	39,1
	7	4	8,7	8,7	47,8
	8	2	4,3	4,3	52,2
	9	4	8,7	8,7	60,9
	10	9	19,6	19,6	80,4
	11	2	4,3	4,3	84,8
	12	4	8,7	8,7	93,5
	13	2	4,3	4,3	97,8
	15	1	2,2	2,2	100,0
	Total	46	100,0	100,0	

TABELA 10 – SCORE MÉDIO LSNS-6

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	46	1	5	3,50	1,111
De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	46	0	5	2,22	,941
Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	46	0	5	1,91	1,007
Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	46	1	5	3,70	1,348
De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	46	0	5	2,41	1,613
Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?	46	0	5	1,72	1,440
LSNS-6 Total	46	6	25	15,46	4,319
LSNS-6 - Subscala Família	46	3	15	7,63	2,462
LSNS-6 - Subscala Amigos	46	1	15	7,83	3,349
Valid N (listwise)	46				

APÊNDICE I

CONVITE PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO

CONVITE 1

Convite para divulgação e projeto na área da Saúde

RU Raquel Batista [redacted]
Para: usenioral[redacted]
qui, 10/10/2024 10:11

[redacted]

Bom dia Exm. Drª. Filipa,

Serve o presente email para convidar vossa excelência a estar presente na apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde elaborado no âmbito de um projeto que pretendo desenvolver.

O meu nome é Raquel Batista, sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. encontro-me em estágio da especialidade com a Enfermeira Especialista [redacted] de [redacted] Neste contexto, pretende-se desenvolver um projeto que se enquadre num problema prioritário da região. De acordo com o diagnóstico social da região, foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário. Desta forma, escolhemos estudar a população idosa, dentro da temática do isolamento social e prevenção de possíveis complicações. Este convite tem o objetivo de dar a conhecer os resultados do estudo e estabelecer parceria, para implementação do projeto, com a Junta de Freguesia em que a população alvo está inserida, de forma a dar continuidade do mesmo e a promover bem-estar e qualidade de vida dos participantes. Por este motivo, agradeço a confirmação da sua presença nesta apresentação que se realizará na sala de reuniões do Centro de Saúd[redacted] no dia 17 de Outubro de 2024, às 12h. Se existir incompatibilidade horária e interesse em conhecer os resultados/participar no projeto é possível agendar outra data à sua disponibilidade e em outro local a designar.

Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

CONVITE 2

RU Raquel Batista [redacted]
Para: [redacted]
qui, 10/10/2024 09:40

[redacted]

Boa tarde Exm. Srª Vereadora [redacted]

Serve o presente email para convidar vossa excelência a estar presente na apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde elaborado no âmbito de um projeto que pretendo desenvolver.

O meu nome é Raquel Batista, sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. encontro-me em estágio da especialidade com a Enfermeira [redacted] e [redacted] Neste contexto, pretende-se desenvolver um projeto que se enquadre num problema prioritário da região. De acordo com o diagnóstico social da região, foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário. Desta forma, escolhemos estudar a população idosa, dentro da temática do isolamento social e prevenção de possíveis complicações. Este convite tem o objetivo de dar a conhecer os resultados do estudo e estabelecer parceria, para implementação do projeto, com a Junta de Freguesia em que a população alvo está inserida, de forma a dar continuidade do mesmo e a promover bem-estar e qualidade de vida dos participantes. Por este motivo, agradeço a confirmação da sua presença nesta apresentação que se realizará na sala de reuniões do Centro de Saúde [redacted] no dia 17 de Outubro de 2024, às 12h. Se existir incompatibilidade horária e interesse em conhecer os resultados/participar no projeto é possível agendar outra data à sua disponibilidade e em outro local a designar.

Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

CONVITE 3

Convite para divulgação e projeto na área da Saúde

RU Raquel Batista [redacted]

Para: [redacted]

qua, 09/10/2024 21:44

Boa tarde Exm. Sr. Presidente da Junta de [redacted]

Serve o presente email para convidar vossa excelência a estar presente na apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde elaborado no âmbito de um projeto que pretendo desenvolver.

O meu nome é Raquel Batista, sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. encontro-me em estágio da especialidade com a Enfermeira E[redacted]. Neste contexto, pretende-se desenvolver um projeto que se enquadre num problema prioritário da região. De acordo com o diagnóstico social da região, foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário. Desta forma, escolhemos estudar a população idosa, dentro da temática do isolamento social e prevenção de possíveis complicações. Este convite tem o objetivo de dar a conhecer os resultados do estudo e estabelecer parceria, para implementação do projeto, com a Junta de Freguesia em que a população alvo está inserida, de forma a dar continuidade do mesmo e a promover bem-estar e qualidade de vida dos participantes. Por este motivo, agradeço a confirmação da sua presença nesta apresentação que se realizará na sala de reuniões do Centro de Saúde d[redacted]no dia 17 de Outubro de 2024, às 12h. Se existir incompatibilidade horária e interesse em conhecer os resultados e participar no projeto é possível agendar outra data à sua disponibilidade e em outro local a designar.

Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

CONVITE 4

Convite para divulgação e projeto na área da Saúde

RU Raquel Batista [redacted]

Para: [redacted]

qui, 10/10/2024 11:18

Bom dia Exm. Drª [redacted]

Serve o presente email para convidar vossa excelência a estar presente na apresentação/divulgação dos resultados do diagnóstico de saúde elaborado no âmbito de um projeto que pretendo desenvolver.

O meu nome é Raquel Batista, sou enfermeira e aluna do 8º Mestrado em Associação de Enfermagem na Especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. encontro-me em estágio da especialidade com a Enfermeira Especialista [redacted] de [redacted] Neste contexto, pretende-se desenvolver um projeto que se enquadre num problema prioritário da região. De acordo com o diagnóstico social da região, foi identificado em 2023 o isolamento social dos idosos como um problema prioritário. Desta forma, escolhemos estudar a população idosa, dentro da temática do isolamento social e prevenção de possíveis complicações. Este convite tem o objetivo de dar a conhecer os resultados do estudo e estabelecer parceria, para implementação do projeto, em que a população alvo está inserida, de forma a dar continuidade do mesmo e a promover bem-estar e qualidade de vida dos participantes. Por este motivo, agradeço a confirmação da sua presença nesta apresentação que se realizará na sala de reuniões do Centro de Saúde [redacted]o dia 17 de Outubro de 2024, às 12h. Se existir incompatibilidade horária e interesse em conhecer os resultados/participar no projeto é possível agendar outra data à sua disponibilidade e em outro local a designar.

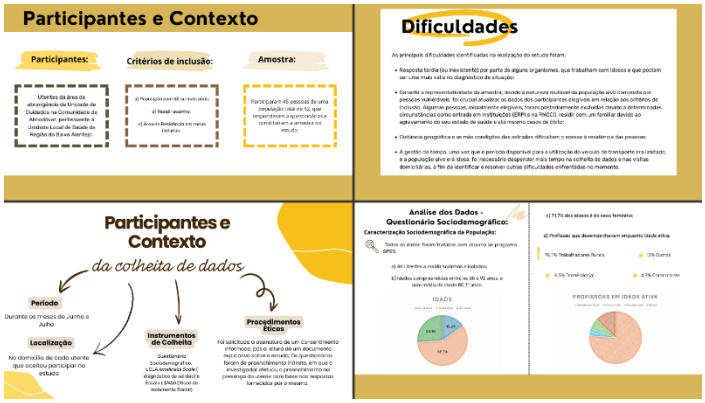
Grata pela colaboração e aguardo resposta,

Enf. Raquel Batista

APÊNDICE J

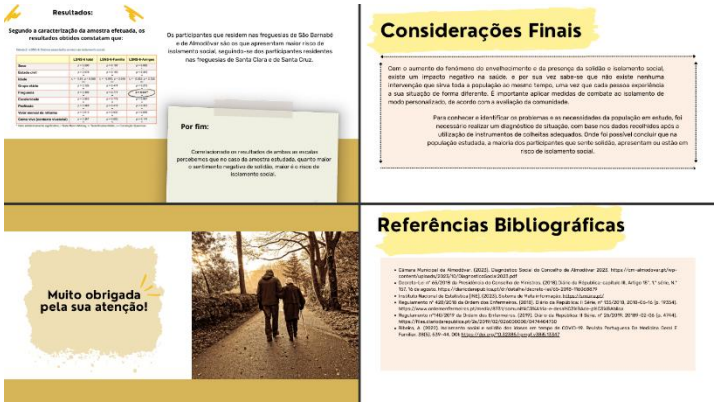
APRESENTAÇÃO DO PROJETO


Cuidar e Conectar
Diagnóstico da Situação
Projeto de Intervenção Comunitária de Combate ao Isolamento Social
Índice
Introdução
Justificação do Tema
OBJETIVOS GERAIS
RELEVÂNCIA DO PROBLEMA


Participantes e Contexto
Participantes:
Critérios de inclusão:
Amostra:
Dificuldades

Participantes e Contexto
da colheita de dados
Período
Localização
Instrumentos de Colheita
Procedimentos Éticos
Análise dos Dados - Questionário Sociodemográfico:


Análise dos Dados:
Caracterização Sociodemográfica da População:
Escala de diagnóstico da Solidão Geriátrica - Escala UCLA
Análise dos Dados:
Escala de avaliação do Risco de Isolamento Social - Escala LSNS-6
Resultados:
Resultados:


Resultados:
Por fim:
Considerações Finais
Muito obrigada pela sua atenção!
Referências Bibliográficas

APÊNDICE L

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

8 MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

[redacted]

Avaliação da Satisfação

Uma vez terminada esta sessão educacional, importa refletir sobre as aprendizagens e dinâmicas estabelecidas. A sua opinião reveste-se da maior importância para possíveis melhorias em futuras ações. Assim solicitamos o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial.

Assinale com um "X" o que corresponde à sua opinião.

1-Mau 2-Insuficiente 3-Suficiente 4-Bom 5-Muito Bom

	Exposição Teórica					Atividades				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Apreciação Global										
A sessão foi										
Conteúdos										
Interesse dos temas abordados										
Compreensão dos temas										
Utilidade do tema para melhoria da qualidade de vida										
Formadores										
Clareza nas intervenções										
Organização										
Métodos/meios audiovisuais utilizados										
Qualidade da documentação										
Duração da Formação										

Sente que a deveriam realizar-se mais atividades neste âmbito? Sim ☐ Não ☐

Aspetos que mais gostou? _____

Aspetos que menos gostou? _____

Sugestões _____

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE M

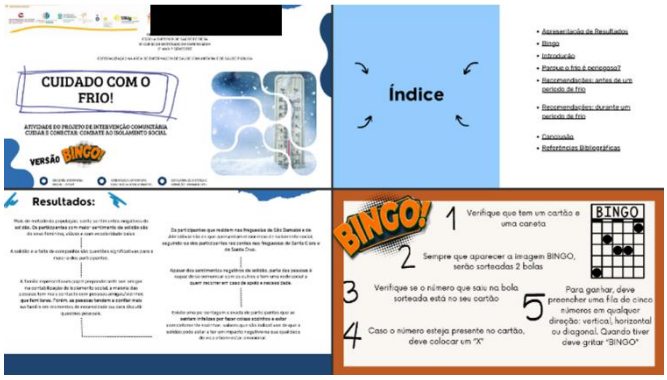
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

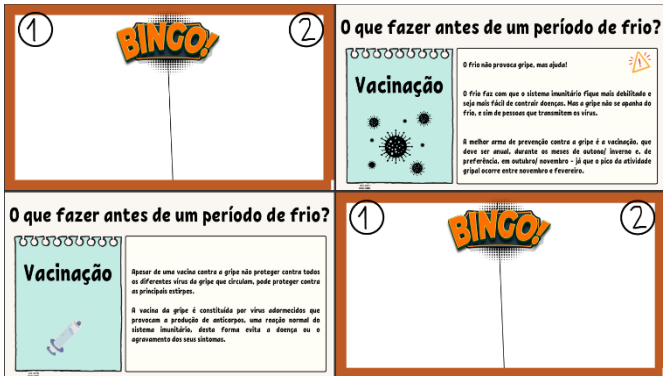
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

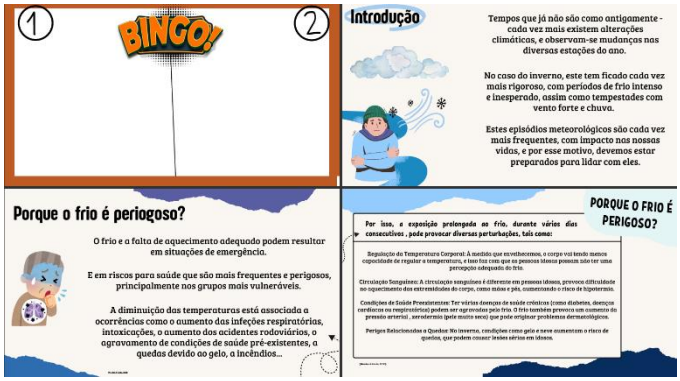
Linha Temporal / Atividades	2024												2025				
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Reunião com Enfermeira Orientadora do estágio de UCC e discussão do tema																	
Reunião com Enfermeira Orientadora do estágio de USP e discussão do tema																	
Identificação da problemática																	
Diagnóstico da Situação																	
Pedido de Parecer à Comissão de Ética																	
Elaboração do Enquadramento Teórico do Projeto																	
Pedido de Parcerias e *Stakeholders*																	
Apresentação do Diagnóstico de Situação à equipa e parceiros																	
Planeamento das atividades/ Seleção de Estratégias																	
Realização das sessões e material informativo																	
Sessão Formativa "Cuidados ao Frio" e atividades																	
Aplicação de instrumentos de colheita de dados após a primeira sessão																	
Sessão Formativa "Vacinação" e atividades (a cargo da UCC)																	
Sessão de Avaliação do projeto (a cargo da UCC)																	
Reunião Final com parceiros para apresentação e discussão dos resultados (a cargo da UCC)																	

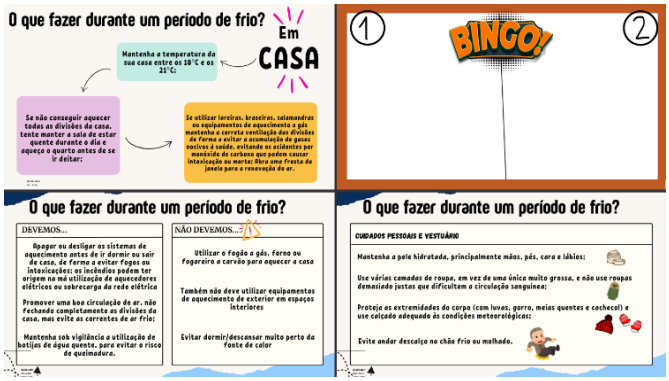
APÊNDICE N

APRESENTAÇÃO “CUIDADO COM O FRIO”

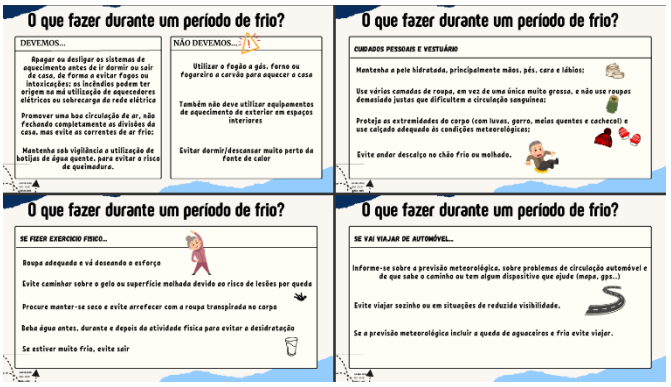

CUIDADO COM O FRIO!
VERSÃO BINGO!
Índice
Resultados:
BINGO!
1 Verifique que tem um cartão a uma careta
2 Sempre que aparecer a imagem BINGO, serão sorteadas 2 bolas
3 Verifique se o número que saiu na bola sorteada está no seu cartão
4 Caso o número esteja presente no cartão, deve colocar um "X"
5 Para ganhar, deve preencher uma fila de cinco números em qualquer direção: vertical, horizontal ou diagonal. Quando tiver deve gritar "BINGO"


BINGO!
O que fazer antes de um período de frio?
Vacinação
O frio não provoca gripe, mas ajuda!
O frio faz com que o sistema imunitário fique mais debilitado e seja mais fácil de contrair doenças. Mas a gripe não se apanha do frio, e sim de pessoas que transmitem os vírus.
A melhor arma de prevenção contra a gripe é a vacinação, que deve ser anual, durante os meses de outono/ inverno e, de preferência, em outubro/ novembro - já que o pico da atividade gripal ocorre entre novembro e fevereiro.
Apesar de uma vacina contra a gripe não proteger contra todos os diferentes vírus da gripe que circulam, pode proteger contra os principais estirpes.
A vacina da gripe é constituída por vírus atenuados que provocam a produção de anticorpos, uma resposta normal do sistema imunitário, deste forma evita a doença ou o agravamento dos seus sintomas.

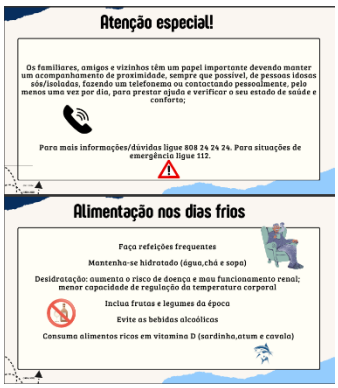

BINGO!
Introdução
Tempos que já não são como antigamente - cada vez mais existem alterações climáticas, e observam-se mudanças nas diversas estações do ano.
No caso do inverno, este tem ficado cada vez mais rigoroso, com períodos de frio intenso e inesperado, assim como tempestades com vento forte e chuva.
Estes episódios meteorológicos são cada vez mais frequentes, com impacto nas nossas vidas, e por esse motivo, devemos estar preparados para lidar com eles.
Porque o frio é periogoso?
O frio e a falta de aquecimento adequado podem resultar em situações de emergência.
E em riscos para saúde que são mais frequentes e perigosos, principalmente nos grupos mais vulneráveis.
A diminuição das temperaturas está associada a ocorrências como o aumento das infeções respiratórias, intoxicações, o aumento dos acidentes rodoviários, o agravamento de condições de saúde pré-existentes, a quedas devido ao gelo, a incêndios...
PORQUE O FRIO É PERIGOSO?
Por isso, a exposição prolongada ao frio, durante vários dias consecutivos , pode provocar diversas perturbações, tais como:
Regulação da Temperatura Corporal: A medida que envelhecemos, o corpo vai tendo menos capacidade de regular a temperatura, e isso faz com que os pessoas idosas possam não ter uma percepção adequada do frio.
Circulação Sanguínea: A circulação sanguínea é diferente em pessoas idosas, provoca dificuldade no arrefecimento das extremidades do corpo, como mãos e pés, aumentando o risco de hipotermia.
Condições de Saúde Preexistentes: Ter várias doenças de saúde crónicas (como diabetes, doenças cardíacas ou respiratórias) podem ser agravadas pelo frio. O frio também provoca um aumento da pressão arterial , aterosclerose (pele muito seca) que pode originar problemas dermatológicos.
Perigos Relacionados a Quedas: No inverno, condições como gelo e neve aumentam o risco de quedas, que podem causar lesões sérias em idosos.

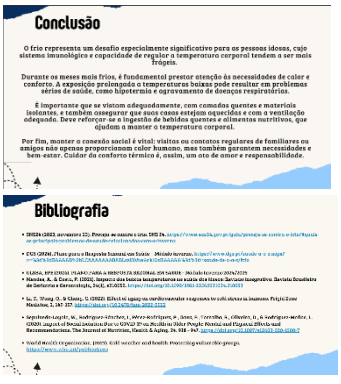

O que fazer durante um período de frio?
Em CASA
Mantenha a temperatura da sua casa entre os 18 °C e os 21°C;
Se não conseguir aquecer todas as divisões da casa, tente manter a sala de estar quente durante o dia e aqueça o quarto antes de se ir deitar;
Se utilizar lareiras, braseiras, salamandras ou equipamentos de aquecimento a gás mantenha a correta ventilação das divisões de forma a evitar a acumulação de gases nocivos à saúde, evitando os acidentes por monóxido de carbono que podem causar intoxicação ou morte: Abra uma frasta da janela para a renovação do ar.
BINGO!
O que fazer durante um período de frio?
DEVEMOS...
Apagar ou desligar os sistemas de aquecimento antes de ir dormir ou sair de casa, de forma a evitar fogos ou intoxicações; os incêndios podem ter origem na má utilização de aquecedores elétricos ou sobrecarga da rede elétrica
Promover uma boa circulação de ar, não fechando completamente as divisões da casa, mas evite as correntes de ar frio;
Mantenha sob vigilância a utilização de botijas de água quente, para evitar o risco de queimadura.
NÃO DEVEMOS...
Utilizar o fogão a gás, forno ou fogareiro a carvão para aquecer a casa
Também não deve utilizar equipamentos de aquecimento de exterior em espaços interiores
Evitar dormir/descansar muito perto da fonte de calor
O que fazer durante um período de frio?
CUIDADOS PESSOAIS E VESTUÁRIO
Mantenha a pele hidratada, principalmente mãos, pés, cara e lábios;
Use várias camadas de roupa, em vez de uma única muito grossa, e não use roupas demasiado justas que dificultem a circulação sanguínea;
Proteja as extremidades do corpo (com luvas, gorro, meias quentes e cachecol) e use calçado adequado às condições meteorológicas;
Evite andar descalço no chão frio ou molhado.


PORQUE O FRIO É PERIGOSO?
Por isso, a exposição prolongada ao frio, durante vários dias consecutivos , pode provocar diversas perturbações, tais como:
Medicações: Alguns medicamentos podem afetar a capacidade do corpo de regular a temperatura e podem torná-los mais suscetíveis ao frio.
Menor Mobilidade: Muitas vezes, as pessoas idosas têm mobilidade reduzida, isso pode dificultar a realização de atividades físicas que ajudam a aquecer o corpo, além de limitar sua capacidade de se refugiar em ambientes aquecidos quando necessário.
Isolamento Social: Durante o frio, algumas pessoas que já residem isoladas acabam por se isolar ainda mais, reduzindo seu contato social e o suporte que poderiam ter de amigos e familiares, o que pode ser prejudicial tanto para a saúde mental quanto física.
Desta forma, é essencial a adoção de medidas de proteção adotadas frentes relevantes, nos efeitos causados.
BINGO!
O que fazer antes de um período de frio?
Com a chegada do inverno, chega o frio, e por vezes vem de formas inesperadas.
Para ficarmos preparados para o receber devemos:
VERIFICAR SE OS EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PARA AQUECIMENTO ESTÃO EM CONDIÇÕES DE SER USADOS E O ESTADO DE LIMPEZA DA CHAMINÉ DA LAREIRA;
MANTENHA-SE ATENTO ÀS PREVISÕES METEOROLÓGICAS (ATRAVÉS DA TELEVISÃO, RÁDIO..)


O que fazer durante um período de frio?
DEVEMOS...
Apagar ou desligar os sistemas de aquecimento antes de ir dormir ou sair de casa, de forma a evitar fogos ou intoxicações; os incêndios podem ter origem na má utilização de aquecedores elétricos ou sobrecarga da rede elétrica
Promover uma boa circulação de ar, não fechando completamente as divisões da casa, mas evite as correntes de ar frio;
Mantenha sob vigilância a utilização de botijas de água quente, para evitar o risco de queimadura.
NÃO DEVEMOS...
Utilizar o fogão a gás, forno ou fogareiro a carvão para aquecer a casa
Também não deve utilizar equipamentos de aquecimento de exterior em espaços interiores
Evitar dormir/descansar muito perto da fonte de calor
O que fazer durante um período de frio?
CUIDADOS PESSOAIS E VESTUÁRIO
Mantenha a pele hidratada, principalmente mãos, pés, cara e lábios;
Use várias camadas de roupa, em vez de uma única muito grossa, e não use roupas demasiado justas que dificultem a circulação sanguínea;
Proteja as extremidades do corpo (com luvas, gorro, meias quentes e cachecol) e use calçado adequado às condições meteorológicas;
Evite andar descalço no chão frio ou molhado.
O que fazer durante um período de frio?
SE FIZER EXERCÍCIO FÍSICO...
Roupa adequada e vá deixando o esforço
Evite caminhar sobre o gelo ou superfície molhada devido ao risco de lesões por queda
Procure manter-se seco e evite arrefecer com a roupa transpirada no corpo
Beba água antes, durante e depois da atividade física para evitar a desidratação
Se estiver muito frio, evite sair
O que fazer durante um período de frio?
SE VAI VIAJAR DE AUTOMÓVEL...
Informe-se sobre a previsão meteorológica, sobre problemas de circulação automóvel e de que sabe o caminho ou tem algum dispositivo que ajude (mapa, gps...)
Evite viajar sozinho ou em situações de reduzida visibilidade.
Se a previsão meteorológica incluir a queda de aguaceiros e frio evite viajar.


O que fazer antes de um período de frio?
Com a chegada do inverno, chega o frio, e por vezes vem de formas inesperadas.
Para ficarmos preparados para o receber devemos:
VERIFICAR A VEDAÇÃO DAS PORTAS E JANELAS PARA EVITAR A ENTRADA DE AR FRIO E A SAÍDA DO CALOR ACUMULADO;
NO CASO DE ESTAR PREVISTA A OCORRÊNCIA DE UM PERÍODO DE FRIO INTENSO OU NEVE, ASSEGURE-SE DE QUE DISPÕE DOS BENS NECESSÁRIOS PARA 2 OU 3 DIAS, DE MODO A EVITAR SAIR DE CASA. CERTIFIQUE-SE QUE TEM SEMPRE CONSIGO OS SEUS MEDICAMENTOS HABITUAIS.
BINGO!
O que fazer antes de um período de frio?
Vacinação
O frio não provoca gripe, mas ajuda!
O frio faz com que o sistema imunitário fique mais debilitado e seja mais fácil de contrair doenças. Mas a gripe não se apanha do frio, e sim de pessoas que transmitem os vírus.
A melhor arma de prevenção contra a gripe é a vacinação, que deve ser anual, durante os meses de outono/ inverno e, de preferência, em outubro/ novembro - já que o pico de atividade gripal ocorre entre novembro e fevereiro.


Atenção especial!
Os familiares, amigos e vizinhos têm um papel importante devendo manter um acompanhamento de proximidade, sempre que possível, de pessoas idosas sós/isoladas, fazendo um telefonema ou contactando pessoalmente, pelo menos uma vez por dia, para prestar ajuda e verificar o seu estado de saúde e conforto;
Para mais informações/dúvidas ligue 808 24 24 24. Para situações de emergência ligue 112.
Alimentação nos dias frios
Faça refeições frequentes
Mantenha-se hidratado (água,chá e sopa)
Desidratação: aumenta o risco de doença e mau funcionamento renal; menor capacidade de regulação da temperatura corporal
Inclua frutas e legumes da época
Evite as bebidas alcoólicas
Consuma alimentos ricos em vitamina D (sardinha,atum e cavala)


Conclusão
O frio representa um desafio especialmente significativo para as pessoas idosas, cujo sistema imunológico e capacidade de regular a temperatura corporal tendem a ser mais frágeis.
Durante os meses mais frios, é fundamental prestar atenção às necessidades de calor e conforto. A exposição prolongada a temperaturas baixas pode resultar em problemas sérios de saúde, como hipotermia e agravamento de doenças respiratórias.
É importante que se vistam adequadamente, com comadas quentes e materiais isolantes, e também assegurar que suas casas estejam aquecidas e com a ventilação adequada. Deve reforçar-se a ingestão de bebidas quentes e alimentos nutritivos, que ajudam a manter o temperatura corporal.
Por fim, manter o canedo social é vital: visitas ou contatos regulares de familiares ou amigos não apenas proporcionam calor humano, mas também garantem necessidades e bem-estar. Cuidar do conforto térmico é, assim, um ato de amor e responsabilidade.
Bibliografia