

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia

Maria Cidália Saturnino Rato nº 38702

Orientação: Professora Doutora Ana Maria Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS

Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia

Maria Cidália Saturnino Rato nº 38702
Orientação: Professora Doutora Ana Maria Pires

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Évora, 2018

"Viver é envelhecer".

Simone De Beauvoir

RESUMO

A violência sobre as pessoas idosas é um problema conhecido que adquire maior evidência com o envelhecimento demográfico. Identificar os fatores de risco associados à violência sobre o idoso permitirá definir estratégias de intervenção na comunidade. O estudo realizado permitiu identificar fatores de riscos de violência sobre os idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural no Baixo Alentejo. Foi aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados. Os resultados obtidos revelaram os seguintes fatores de risco: sentimento de tristeza em relação à perda de capacidades e limitações físicas, solidão/isolamento, que estão descritos na literatura como facilitadores da vulnerabilidade nos idosos. No contexto do planeamento em saúde foi realizado o Projeto de Intervenção na Comunidade, “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia” cujo objetivo geral foi promover a capacitação dos idosos no âmbito do envelhecimento ativo, seguro e contínua promoção da saúde.

Palavras-chave: Idosos na comunidade; Fatores de risco; Violência.

ABSTRACT

Aging in safety - aging with autonomy

Violence against the elderly is a well-known problem that gains further evidence of demographic aging. The risk factors associated with violence on the elderly will allow the definition of intervention strategies in the community. The study allowed Identify risk factors of violence on the elderly with 65 and more years of a rural community in the lower Alentejo. Where a questionnaire was used to collect data. The results obtained revealed the following risk factors: feelings of sadness regarding loss of capacities and physical limitations, solitude / isolation that are described in the literature as facilitators of vulnerability in the elderly. In the context of Health Planning, the Community Intervention Project, "Aging in safety - aging with autonomy" was carried out, whose general objective was to promote the qualification of the elderly in the scope of active, safe and continuous health promotion.

Keywords: Elderly in the community; Risk factors; Violence.

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste projeto, bem como a todos aqueles que me apoiaram e acompanharam no meu percurso académico. Agradeço especialmente aos meus colegas do Curso de mestrado da área de especialização em saúde comunitária e de saúde pública.

Um grande obrigado aos meus colegas de trabalho, pela ajuda, paciência e boa vontade.

Aos meus filhos pela força e incentivo que sempre me deram apesar das ausências.

A minha mãe e irmã que estão sempre a puxar por mim.

Agradeço ao Sr. Enfermeiro que me acompanhou durante o Estágio e à Sra. Professora orientadora pela paciência.

Como não podia deixar de ser, a todos os profissionais da equipa de saúde e do centro de dia da comunidade assim como a todas as pessoas que colaboraram no estudo e nas intervenções.

Muito obrigado a todos pela paciência

ÍNDICE

Índice de Anexos	8
Índice de Apêndices.....	9
Listagem de Abreviaturas e Siglas	10
INTRODUÇÃO	11
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	16
2. O ENVELHECIMENTO.....	18
2.1. A Violência Contra o Idoso	22
2.1.1. Tipos de violência.....	25
2.1.2. Fatores de risco de violência no idoso	27
3. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	32
4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	34
5. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO DOMÍNIO DA SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	37
5.1. Teoria do Autocuidado de Orem	44
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO	48
1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	48
2. ESTÁGIO	50
2.1. Diagnóstico de Situação.....	51
2.1.1. Problemas identificados	56
2.1.2. Necessidades	57
2.2. Definição de Prioridades.....	58
2.3. Fixação de Objetivos	59

2.4. Indicadores e Metas	60
2.5. Estratégias	61
2.6. Elaboração de Programas e Projetos.....	63
2.7. Preparação da Execução	63
2.8. Execução.....	65
2.9. Avaliação	70
2.9.1. Avaliação das atividades realizadas.....	71
3. O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	74
CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
ANEXOS	96
APÊNDICES	107

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Questionário “Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade”	XCV
Anexo II – Comissão de Ética	CIII
Anexo III – Sessões de Estimulação Cognitiva “Positivamente...”	CV

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento de Participação.....	CVIII
Apêndice II – Resumo do Projeto de Intervenção Comunitária “Envelhecer em Segurança – Envelhecer com Autonomia”	CX
Apêndice III – Consentimento para a realização do estudo	CXVIII
Apêndice IV – Convite	CXX
Apêndice V – Folheto Informativo para o Boletim da Comunidade.....	CXXIII
Apêndice VI – Artigo “Violência nos Idosos, a importância da prevenção”	CXXIX
Apêndice VII – Sessão de Educação para a Saúde – Gestão de situações de negligência, abuso e maus tratos no centro de dia.....	CXLIV
Apêndice VIII – Sessão de Educação para a Saúde – Diagnóstico de saúde dos utentes com 65 e mais anos da extensão de saúde.....	CXLVI

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

DGS – Direção Geral de Saúde

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge

INPEA – Network for the Prevention on Elder Abuse

MPS – Metodologia do Planeamento em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

É perceptível o crescente envelhecimento da população a nível mundial e consequentemente da Europa. Até ao ano de 2025, a população mundial com 60 ou mais anos de idade irá aumentar substancialmente. Em 1995 eram 542 milhões e em 2050 esta faixa etária poderá corresponder a cerca de um terço da população global (Dinesh, 2011).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU) (2015) a média de idades da população mundial passou de 23.3 em 1985 para 29.6 em 2015. A Europa apresentava uma média de idades de 33.5 em 1985 e de 41.7 em 2015. Portugal vivencia esta realidade e em 1985 apresentava uma média de idades de 32.2 anos, passando em 2000 para 37.9 e em 2015 para 44 anos. Em 2011 Portugal regista um Índice de Envelhecimento de 127,84 sendo as regiões Centro e Alentejo as mais envelhecidas, com índices de 163 e 178, respetivamente, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2011). A Guarda Nacional Republicana (GNR), na operação “Censos Sénior 2017”, que se realizou em todo o país entre 1 e 31 de março desse ano registou mais 2.194 idosos a viver sozinhos ou isolados do que em 2016, quando viviam nestas condições 43.322 pessoas. Em sete anos, o número de idosos sinalizados quase que triplicou, passando dos 15.596, em 2011, para os 45.516, em 2017. Os resultados da operação “Censos Sénior 2017” divulgados revelaram ainda que dos mais de 45 mil inquiridos, cerca de 28 mil vivem sozinhos e a maioria são mulheres. Também encontraram 8.592 idosos que viviam acompanhados, mas que se encontram em situação de vulnerabilidade fruto de limitações físicas ou psicológicas, fatores de risco que podem levar à ocorrência de violência (GNR, 2017). A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que as situações de violência se agravem perante este cenário de envelhecimento demográfico (Dinesh, 2011).

Conhecer as condições da ocorrência, bem como os fatores de risco associados ao fenómeno, é primordial, de modo a definir estratégias eficazes de intervenção pública (Gil, 2014). Existem taxas relatadas de abusos praticados contra idosos a viver em casa da família que variam de 0,8% na Espanha, 2,6% no Reino Unido, atingindo 18% em Israel, 23,8% na Áustria (Gil, 2014).

A OMS estima que na região Europeia pelo menos 4 milhões de pessoas idosas sofrem maus-tratos (Dinesh, 2011). Importa referir que existe um certo consenso em afirmar que a violência é um fenómeno *iceberg*, na medida em que a maioria dos casos não é detetada, cada caso de maus-tratos a idosos denunciados às autoridades, pode assumir a existência de cinco casos por denunciar (Wolf, 2000).

Quando se fala em violência contra as pessoas idosas, pode pensar-se imediatamente na violência física, mas existem outras formas de violência encobertas. A violência pode ser psicológica, financeira, moral, sexual, familiar, social, institucional, estrutural e pode resultar de atos de omissão e negligência. Segundo Júnior e Pascal (2007) este fenómeno não é valorizado, os idosos têm pouca importância num mundo que aprecia o vigor e a juventude, tornando-os cidadãos de segunda.

A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2016) entre 2013 e 2016 registou um aumento de 30% de crimes contra idosos. As mulheres são as principais vítimas, muitas delas sofrem em silêncio há mais de 40 anos. Os agressores são na maioria os filhos (39,6%), o cônjuge (26,5%), mas também há casos em que são os vizinhos (4,4%) e os netos (36%). Este facto torna-se ainda mais importante se, como afirma Gonçalves (2012), olharmos para as graves consequências que a violência tem para as pessoas idosas, nomeadamente físicas (perda de energia, dores de cabeça e tensão arterial alta), psicológicas (tristeza, desconfiança e perda de autoconfiança) e sociais (solidão, medo de estar sozinho e insegurança). Todos estes sentimentos interferem com a saúde e a segurança dos mais velhos tornando-os vulneráveis (Neno & Neno, 2005).

Santos, Ferreira-Alves e Penhale (2011) referem que a má perceção da saúde, o isolamento social, a capacidade cognitiva reduzida, o ser viúvo, divorciado, solteiro ou separado e ter alguma incapacidade física são fatores de risco para a violência. Esta é um tema difícil de tratar, denunciar ou prevenir apesar de ser do conhecimento público.

A OMS (WHO, 2011) confirma que resultados dos diversos estudos revelam que a violência contra a pessoa idosa tem custos humanos com consequências para a saúde,

custos económicos, incluindo custos com a saúde, sociais, legais e jurídicos e prejudica o acesso a serviços e redes sociais, deixando as pessoas idosas vulneráveis a maior isolamento social e problemas de saúde.

A realização de estudos que permitam determinar qual a prevalência dos fatores de risco de violência sobre idosos bem como analisar as características explicativas que lhe possam estar associadas são um importante contributo para a identificação de linhas orientadoras para a prevenção. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas elaborado pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2006), que tem como estratégia promover um envelhecimento ativo e saudável ao longo de toda a vida, recomenda respostas adequadas às novas necessidades da população idosa e à estimulação das suas capacidades na promoção da saúde, autonomia e independência, durante o maior tempo possível. São cada vez mais os programas e atividades destinadas aos idosos que visam a adoção de hábitos de vida saudáveis, promotores de saúde e de qualidade de vida, no contexto de um envelhecimento ativo.

O enfermeiro especialista deve ter consciência desta problemática e intervir a todos os níveis de prevenção, pois o objetivo dos seus cuidados é perceber e considerar as necessidades multidimensionais da pessoa, atuando nos fatores que colocam em risco o seu bem-estar e qualidade de vida (DGS, 2014).

Surge assim a necessidade de uma consciencialização e reeducação das sociedades acerca do tema. Devem criar-se e organizar-se ações e programas sociais preventivos que procurem o envelhecimento favorável dos idosos e a sua qualidade de vida, dissociando-os de uma condição de vulnerabilidade social presente nas atuais sociedades.

Adquirir competências como enfermeiro especialista que permitam a motivação da equipa com quem se trabalha, promover o crescimento dessa equipa, integrando-a em novos projetos e contribuir para a melhoria e desenvolvimento pessoal e profissional dos pares, é um objetivo a alcançar. O Estágio Integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública constitui uma fase de aprendizagem, através da mobilização dos diversos

saberes da prática profissional visando o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, que é definido no ponto 3 do artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), como

“(…) o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído o título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (REPE, 1998, p. 3).

O presente relatório é o resultado da frequência do Mestrado em Associação em Enfermagem, no âmbito do Estágio final na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no ano letivo de 2017/18, realizado entre setembro de 2017 e janeiro de 2018, numa Unidade de Saúde Familiar no Baixo Alentejo, de forma a adquirir as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Neste contexto foi realizado o Projeto de Intervenção na Comunidade com o tema “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia” com o objetivo geral de promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural no âmbito do envelhecimento ativo e seguro, e na promoção de saúde.

Os resultados obtidos com este estudo evidenciam fatores de risco, destacando-se o sentimento de solidão/isolamento e tristeza em relação a perda de capacidades e limitações físicas e que estão descritos na literatura consultada e referidos anteriormente. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é aquele que possui um conhecimento e compreensão sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde e consegue responder adequadamente às necessidades de quem cuida (pessoa, grupos, comunidade), obtendo ganhos efetivos em saúde.

O objetivo geral deste relatório passa por descrever o percurso realizado no desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, onde se descreve e analisa as atividades desenvolvidas no estágio. Neste contexto os objetivos específicos definidos são:

Analisar e descrever as atividades que se desenvolveram em contexto prático, os objetivos e as estratégias definidas para a sua concretização;

Analisar as competências adquiridas durante o estágio e a forma como promoveram a construção do perfil de enfermeiro especialista;

Refletir sobre as várias etapas percorridas, as atividades desenvolvidas e o seu contributo no crescimento pessoal e profissional.

O relatório apresentado está organizado em três partes. A primeira parte contém o enquadramento teórico, com a fundamentação do tema no qual é abordado a importância da temática escolhida, assim como a descrição das competências do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e de saúde pública. É também nesta parte que surge uma apresentação sobre a temática do planeamento em saúde e da promoção da saúde. A teoria de enfermagem de Orem foi a escolhida para fundamentar e proporcionar orientações na promoção da saúde, como referência nas intervenções e estratégias de atuação na comunidade. O enquadramento prático, numa segunda parte, descreve as várias etapas do planeamento em saúde, que a mestranda colocou em prática para alcançar as competências de Mestre e de Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Na terceira e última parte deste relatório irão constar as reflexões e as principais conclusões, onde serão também evidenciadas as dificuldades e limitações, assim como os ganhos alcançados no decorrer do Mestrado em Associação em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O presente documento está organizado de acordo com a minuta de formatação da Universidade de Évora e como estabelecido foi utilizado o Manual de Normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia, 6ª edição, para a referenciação bibliográfica.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é uma forma de melhorar o futuro dos indivíduos com justiça e eficiência. Na sua realização tem de se ter em conta os fatores que condicionam a saúde de todos os indivíduos: biológicos endógenos, ambientais relacionados com os hábitos de vida e com os sistemas de cuidados.

A metodologia do planeamento em saúde assenta na análise multifatorial de uma comunidade, na coordenação entre os vários níveis (local, regional e central) e do envolvimento no processo de políticos, técnicos e representantes da população. Como refere Imperatori e Giraldes (1993) planear os serviços de saúde requer o envolvimento dos vários setores económicos e sociais que condicionam a saúde da população. Os mesmos autores definem o Planeamento em Saúde como a utilização racional de recursos com vista a atingir os objetivos definidos, através da coordenação dos vários sectores socioeconómicos e estabelecendo prioridades nos problemas de saúde, de forma a minorá-los. O Planeamento em Saúde é um processo que se desenvolve em seis etapas consecutivas: o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional-programação e a avaliação. É um processo contínuo e dinâmico, pois pode ser alterado em cada etapa e reformulado sempre que seja pertinente, de maneira a acompanhar as transformações da comunidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Obter ganhos em saúde implica identificação fidedigna dos problemas da comunidade, uma definição dos objetivos e das prioridades; uma boa racionalização dos recursos económicos, humanos e materiais. Falar em obter ganhos em saúde é falar em promoção da saúde, e esta visa capacitar e empoderar os indivíduos e/ou comunidades de modo a adotarem estilos de vida saudáveis. Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que “O planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações, a nível, por exemplo, dos hábitos da saúde, ou na utilização dos serviços (...).” (p. 7)

Para os enfermeiros que trabalham com a comunidade, o planeamento em saúde é um instrumento que lhes permite identificar problemas, determinar necessidades, planear e gerir ações e recursos e por último, avaliar a sua intervenção. É um instrumento de investigação que possibilita à Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública conhecer, detetar problemas/ necessidades e intervir junto da população através de evidência científica.

2. O ENVELHECIMENTO

Em Portugal o conceito de idoso não é totalmente claro, existindo diferenças quanto à sua definição entre os 60 e os 65 anos de idade. Pinheiro (2011) refere

“que no domínio estatístico, entende-se que é aquele que tem idade igual ou superior a 65 anos. Numa perspectiva sociológica, considera-se que, na hipótese de se estar perante alguém que exercia uma actividade profissional remunerada, o que interessa é a altura de aposentação, variável em razão da idade; e, até há pouco, a idade de reforma era, normalmente, 65 anos. Atualmente a idade de reforma é 65 (com penalizações) e 66 anos sem penalizações no valor de reforma. No Direito Civil português, considera-se sempre contraído sob o regime de separação de bens o casamento celebrado por quem tenha sessenta anos de idade (...) em princípio, não pode adoptar quem tiver mais de 60 anos (...), há regras que estabelecem um tratamento de favor a quem tiver mais de 65 anos; (...), sobre acolhimento familiar, alude-se à pessoa idosa como sendo aquela que tem idade igual ou superior a 60 anos.” (p. 413).

O mesmo autor diz ainda que “no contexto actual de maior longevidade e de manutenção de uma certa qualidade de vida até mais tarde, parece ser razoável eleger o critério dos 65 anos, mas sem pretensões de rigidez.” (p. 413).

Segundo dados do Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa (2011), Portugal é o quarto país europeu a perceber a discriminação etária como um problema grave ou bastante grave e em conformidade com a Europa, em Portugal a discriminação subtil é mais comum do que a evidente, mas é mais frequente contra as pessoas idosas.

O idoso é caracterizado como “o velho que é mais um, tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível.” (Zimmerman, 2000, p. 20). Ser velho é difícil de definir como é difícil definir a velhice pelas suas várias dimensões e obviamente o envelhecimento.

Segundo Fontaine (2000) o envelhecimento e a velhice têm diferentes significados. A velhice é uma condição que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto o envelhecimento é um processo. Durante o processo de envelhecimento vamos sofrendo transformações a nível físico, psicológico e social de uma forma natural e gradual, tornando o idoso mais vulnerável para o confronto com acontecimentos

súbitos e imprevisíveis. A velhice é pensada, quase sempre, como um processo degenerativo, sem qualquer ideia de progresso, como uma etapa da vida onde não existe potencial no desenvolvimento humano. Os idosos são estereotipados como pessoas doentes, incapazes, dependentes, com demência, rabugentas, impotentes, em suma, um grande problema da sociedade.

Envelhecer é um processo, pelo qual todos os seres humanos passam que se inicia na concepção e ocorre todos os dias das suas vidas. A cada instante todos se tornam mais velhos que no instante anterior. Todos envelhecem e os mais jovens serão os futuros idosos. Esse processo irá originar diferentes situações de acordo com a maneira como se vive, por um lado, uma excelente qualidade de vida, e por outro, uma má qualidade de vida. Entre esses dois extremos, existem diferentes situações intermédias. O modo de envelhecer depende de inúmeras variáveis, umas inerentes à pessoa como indivíduo e outras dependentes da sociedade e do meio em que se vive.

Assim, é no dia-a-dia que a vulnerabilidade do idoso vai emergindo e o vai tornando vítima de circunstâncias que se prendem com motivos de ordem social, financeira, jurídica e cultural de cada sociedade. O aumento da esperança de vida da população, conquistado graças aos avanços tecnológicos e da medicina, não garantiu, no entanto, a qualidade dessa existência prolongada.

A população está cada vez mais envelhecida, na sua maioria são idosos portadores de comprometimento da capacidade funcional, exigindo dessa forma cuidados especiais, mais frequentemente, em domicílio ou em instituições de longa permanência. Durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações de ordem física, psicológica, emocional e social.

“ (...) Com o passar dos anos é impossível que o nosso corpo não se ressinta: adoce-se mais vezes e mais facilmente; o tempo de recuperação torna-se maior; diminui a visão, a audição, a força e a memória, e ocorrem alguns problemas cardiovasculares e/ou reumáticos.” (Zimerman, 2000, p. 24).

As alterações de ordem psicológica podem originar dificuldade na adaptação às mudanças rápidas, e as alterações psíquicas podem levar a situações que exigem

tratamento (depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios; autoimagem negativa e baixa autoestima).

Socialmente Zimerman (2000) diz que o processo de envelhecimento leva a algumas consequências.

- ✓ Crise de identidade, provocada pela falta de papel social, o que levará o idoso à perda da sua autoestima;
- ✓ Mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento do tempo de vida, ele deverá adequar-se a novos papéis na família;
- ✓ A reforma. Ao reformarem-se, ainda resta à maioria das pessoas muitos anos de vida, logo, devem estar preparadas para não acabarem isoladas, deprimidas e sem rumo;
- ✓ As perdas distintas, que vão da condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia;
- ✓ Diminuição dos contactos sociais, que se tornam reduzidos em função das suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas.

Constata-se que o envelhecimento comporta em si perdas a vários níveis e, por esse motivo, a problemática da dependência está associada a esta faixa etária da população.

No entanto algumas pessoas vivem saudáveis até aos 80 e mais anos, enquanto outras mais jovens mostram declínio do seu estado de saúde e nas suas competências cognitivas precocemente. Nem sempre o declínio do estado de saúde ocorre associado aos efeitos da idade, este pode refletir-se por qualquer doença, a dependência não caracteriza apenas esta fase da vida.

Para Sousa e Figueiredo (2006) a definição de dependência apresentada pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho é elucidativa da problemática.

“Um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária (...).” (p. 6)

Efetivamente, um idoso dependente não é capaz de satisfazer as suas necessidades sem o auxílio de outras pessoas ou de equipamentos de auxílio. No entanto, um idoso pode ser independente noutros aspetos.

O crescimento de número de pessoas idosas em Portugal repercute-se na visibilidade social desse grupo etário e na expressão das suas necessidades. O envelhecimento populacional é visto como uma conquista da humanidade, mas também pode ser um problema, com enormes percalços para a sociedade, como a reforma, a epidemia de doenças crónicas com as suas sequelas e complicações, a necessidade de oferta aumentada de serviços sociais e de saúde, assim como a necessidade de cuidados prolongados no tempo.

Quando não se respeita os direitos dos idosos como cidadãos no cumprimento da legislação estes sentem-se desrespeitados. As pessoas idosas querem o mesmo que as outras, desejam equidade e tratamento digno, independentemente do sexo, origem étnica, deficiência e situação económica. Os idosos em algumas sociedades são considerados cidadãos de segunda, é necessário mudar atitudes, práticas e políticas, para favorecer as competências do envelhecimento, tornando-o digno e seguro, e criar oportunidades de desenvolvimento pessoal (Júnior & Pascal, 2007).

Segundo Pinto (2005) existem sociedades que consideram as pessoas idosas, como indivíduos inativos, sem utilidade, sem estatuto nem influência, transformando a idade da reforma num conflito de sentimentos que leva o idoso a construir uma autoimagem negativa da sua nova condição, outras, porém, valorizam os idosos positivamente pela sua experiência de vida, autoconhecimento e sabedoria, ocupando cargos de liderança e de chefia.

Existem idosos que são vítimas de negligência, abandono por parte da família e do estado, chegam a perder a sua identidade como cidadãos e o estatuto de ser humano, o que leva uma grande maioria a chegar à velhice em situação de vulnerabilidade social e por conseguinte em situação de risco (Berzins & Watanabe, 2005).

A consciencialização e reeducação das sociedades acerca do crescimento da população idosa através de programas sociais preventivos para um envelhecimento favorável dos idosos e a sua qualidade de vida, dissociando-os de uma condição de vulnerabilidade social presente nas sociedades modernas, são uma necessidade urgente.

2.1. A Violência Contra o Idoso

A violência sobre os idosos até meados do século XX foi tratada como assunto dissimulado, escondido da opinião pública. Numa primeira fase foi considerada uma questão social e posteriormente como um problema inerente ao processo de envelhecimento. Atualmente a violência sobre idosos é encarada como uma preocupação de saúde pública (Krug, Dahlberg, Marcy, Zwi & Lozano, 2002).

A OMS (2002) entende que a violência contra as pessoas idosas se define como “a ação única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança.” (p. 3)

Minayo (2005) veio completar a definição da OMS ao referir que a violência sobre as pessoas idosas são ações ou omissões cometidas várias vezes, de forma a prejudicar a integridade física e emocional dessas pessoas dificultando o desempenho do seu papel social. A violência ocorre como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que deveriam protegê-los (filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral).

A violência é um fenómeno universal que numa primeira fase terá sido identificada apenas em países mais desenvolvidos, mas com o aumento da investigação

e reflexão sobre o assunto veio a revelar-se uma preocupação de abrangência mundial em relação aos direitos, igualdade de géneros, à violência e ao envelhecimento da população.

A realização do XVII Congresso Mundial de Gerontologia (1997) deu um passo decisivo na fundação da organização Internacional Network for the Prevention on Elder Abuse (INPEA) que, com o apoio da ONU e da OMS, veio defender a causa dos idosos abusados e negligenciados e estimular a pesquisa de causas, consequências, prevalência, prevenção e tratamento de maus-tratos a idosos. Os principais objetivos desse congresso foram aumentar a consciência pública para o fenómeno dos maus tratos; promover a educação e treino de profissionais na identificação, no tratamento e na prevenção destas situações, no sentido de dar maior visibilidade ao problema.

Em novembro de 2002 a Declaração de Toronto, publicada pela OMS, tenta fornecer ferramentas às entidades responsáveis pela saúde das populações com o objetivo de poder intervir de maneira mais eficaz na prevenção global da violência contra os idosos. Segundo Ferreira-Alves (2005) a violência contra a pessoa idosa é objeto de estudo recente, existem pesquisas nacionais que constataram várias diferenças nas taxas de abuso entre adultos acima de 60 anos de idade.

Portugal aborda este tema pela primeira vez em 1997, nas XII Jornadas Geriátricas do Centro, numa conferência conduzida pelo Professor Doutor Duarte Nuno Vieira intitulado “O idoso maltratado” (Santos & Vieira, 2014).

O projeto “Envelhecimento e Violência” coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) levado a cabo entre 2011 e 2014 (INSA, 2011 – 2014) teve como objetivo estimar a prevalência de pessoas com 60 e mais anos na população portuguesa sujeita a violência (física, psicológica, financeira, sexual e negligência), em contexto familiar, nos 12 meses anteriores à entrevista, assim como reorganizar a coerência e as condições de ocorrência de tais situações no contexto da vida familiar. O número de vítimas de violência foi estimado com base num inquérito telefónico aplicado à população com 60 e mais anos. Constituiu-se paralelamente uma amostra de vítimas de crime e violência com 60 e mais anos que foram sinalizadas pelas

entidades parceiras. As principais conclusões foram que 123 em 1000 pessoas com 60 e mais anos foi vítima de alguma forma de violência, sendo que dos cinco tipos de violência avaliados, destacaram-se a violência financeira e a violência psicológica: 6.3% da população com 60 e mais anos (cerca de 160 mil pessoas), em ambos os casos, disseram ter sido vítima de, pelo menos, uma conduta destes tipos de violência. Já 2.3% dos inquiridos (58 mil pessoas) foram vítima de, pelo menos, uma conduta de violência física. Os crimes menos frequentes foram a negligência (0.4% da população com mais de 60 anos) e a violência sexual (0.2%).

O projeto identificou diferentes agressores, de acordo com os tipos de violência. Os principais agressores foram os descendentes nos quais se incluem filhos, enteados e netos, seguidos dos outros familiares, como cunhados, irmãos e sobrinhos. São também outros familiares os principais agressores reportados pelas vítimas de violência psicológica e física, seguidos dos cônjuges e do atuais e ex-companheiros. O estudo revela que, do total de vítimas, somente um terço denunciou ou apresentou queixa sobre a situação de violência vivida e quando procurou ajuda, a maioria dirigiu-se às forças de segurança, Polícia de Segurança Pública ou GNR (INSA, 2011 – 2014).

Embora com menor frequência as vítimas também denunciaram situação de vitimização a elementos da rede social informal (familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho) e a profissionais de saúde. Este estudo mostra a relevância que o problema tem na sociedade portuguesa e os resultados indicam que as vítimas de violência que residem na comunidade são sobretudo vítimas da família, seja ela alargada ou nuclear.

No seu último Relatório de Prevenção contra os Maus Tratos a Idosos realizado em 2011 a OMS analisou as agressões nos últimos cinco anos contra os mais velhos, num universo de 53 países europeus. Referindo-se às conclusões desse estudo Dias afirma que Portugal tem um sério problema no que respeita aos maus tratos contra idosos e inclui-o numa lista negra de países, juntamente com a Sérvia, Áustria, Israel e República da Macedónia (Diário de Notícias, 2018).

Diversos estudos e publicações têm sido desenvolvidos neste âmbito, dos quais se podem salientar o “Manual Titono - Para o Atendimento a Pessoas Idosas Vítimas de

Crime e de Violência” desenvolvido pela APAV. De acordo com os dados estatísticos publicados pela APAV conclui-se que em 2011, por cada 7 dias, cerca de 14 pessoas idosas foram vítimas de crime (média 2 por dia), um número assustador que tem vindo a aumentar. Já segundo o Relatório Anual de 2013 da APAV (2014), foram registadas 774 pessoas idosas vítimas, 15 por semana, numa média de 2,1 por dia. Em 2016 foi registado um aumento do número das vítimas idosas, num total de 1009 idosos em que 679 tinham idades entre os 65 e os 79 anos (67,4%) e 330 tinham entre 80 e mais e os 90 anos (32,6%) (APAV, 2016).

Os estudos de prevalência do fenómeno evidenciam um aumento do número de casos de violência contra pessoas idosas. Perante esta realidade é necessária a criação de um ambiente onde a velhice não seja entendida de forma negativa, originando a violência na família uma das situações a que os idosos estão expostos com o avançar da idade. O conhecimento deste fenómeno, das suas causas, dos fatores de riscos e dos tipos de violência torna-se fundamental para a prevenção, deteção das agressões contra as pessoas idosas e irá permitir uma intervenção mais eficiente (Gil, 2014).

Deve aceitar-se a contribuição das pessoas idosas frágeis, doentes e vulneráveis, garantir os seus direitos de atenção e segurança, para se construir uma sociedade para todas as idades, onde mesmo os mais dependentes possam dar alguma contribuição, nem que seja apenas os exemplos de vida.

2.1.1. Tipos de violência

O profissional de saúde tem a enorme responsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento da violência contra as pessoas idosas. Os serviços devem organizar-se de forma a estar atentos a esse grupo etário a todos níveis, devem estar preparados e sensibilizados para lidar com o fenómeno da violência, garantindo o acesso e acessibilidade dos idosos, vítimas para denunciar o problema tratando-os com respeito e dignidade (Lei 112/2009, de 16 de setembro).

A violência tem várias faces e a pessoa idosa quando é vítima nunca o é apenas de um tipo de violência. É preciso conhecer para despistar. O manual Titono (2010) descreve os vários tipos de violência.

“Violência Física como qualquer comportamento que implique agressão física, tais como queimaduras, fraturas, feridas, entre outras, mas mesmo havendo violência física esta pode não deixar marcas visíveis no corpo das vítimas;” (p. 45)

“Violência Psíquica como qualquer comportamento que implique agressão psicológica, através de atos de intimidação, de humilhação, de chantagem emocional, de desprezo, de privação do poder de decisão, entre outras;” (p. 46)

“Violência Sexual como qualquer comportamento que implique a ofensa da autodeterminação sexual das pessoas idosas e/ou que ofenda o seu pudor através, por exemplo da prática de violação, coação sexual, exibicionismo, realização de fotografias e/ou filmes pornográficos, entre outras;” (p. 47)

“Negligência como qualquer comportamento que implique a não satisfação de necessidades básicas, tais como, negação de alimentos, de cuidados higiênicos, de condições de habitabilidade, de segurança e de tratamentos médicos ou de enfermagem, bem como a administração inadequada ou irregular de medicação;” (p. 47)

“Violência Económica ou Financeira como qualquer tipo de comportamento que vise o impedimento do controlo, por parte da pessoa idosa, do seu próprio dinheiro e/ou dos seus bens; e/ou que visem a sua exploração danosa;” (p. 48)

“Abandono como qualquer comportamento que implique o desamparo da pessoa idosa pelos seus familiares a situações de dificuldade e de solidão, uma realidade cada vez mais atual.” (p. 48)

O aumento da violência sobre a pessoa idosa é percebido com preocupação e a tentativa de resolução da mesma é uma prioridade dos governantes. A II Assembleia

Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid, organizada pela ONU, decretou orientações políticas públicas relativas à saúde dos idosos para o século XXI com recomendações concretas que encerram três áreas prioritárias; pessoas idosas e desenvolvimento, promoção da saúde, do bem-estar na velhice, e assegurar um ambiente propício e favorável (ONU, 2002).

Os enfermeiros enquanto agentes promotores de saúde devem acompanhar as mudanças sociais e contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social da sua população alvo. O Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, como refere a OE (2010) deve ter habilitações científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados gerais e somar mais competências para prestar cuidados de enfermagem especializada na área clínica da sua especialidade.

Em Portugal atribui-se a área da Saúde um conjunto de responsabilidades que implicam a prevenção, o desenvolvimento de políticas de sensibilização, a prestação de cuidados de saúde multidisciplinares por técnicos especializados, a equidade no acesso à saúde, a garantia de isenção de taxas moderadoras no Sistema Nacional de Saúde, o apoio psicológico às vítimas e a criação de gabinetes de atendimento e tratamento com vista à proteção das pessoas idosas (Lei 112/2009, de 16 de setembro).

Numa tentativa de sensibilizar as sociedades em geral para o fenómeno da violência contra idosos, a ONU em parceria com a INPEA declarou, em 2006, o dia 15 de junho como o dia mundial da consciência do abuso sobre o idoso.

2.1.2. Fatores de risco de violência no idoso

O risco de violência é definido como a probabilidade de alguma forma de violência poder ocorrer no futuro (Titono, 2010). A violência sobre pessoas idosas é uma realidade atual como referido anteriormente, embora seja pouco visível, denunciada e responsabilizada. Conhecer quais os fatores de risco de violência sobre os idosos na comunidade é contribuir com informação orientadora no âmbito da prevenção e intervenção face a esse fenómeno.

A violência pode acontecer num determinado período histórico, em contexto político, social e económico, em ambientes de carácter institucional ou na família de acordo com padrões culturais que são reproduzidos entre gerações e que se revelam em interação com experiências e aprendizagens feitas ao longo do ciclo de vida. Os determinantes da violência têm várias formas de se revelar, contudo não devem ser vistos de forma individualizada, como se o protagonismo que cada um adquire na génese do fenómeno surgisse de uma forma isolada, mas não da interação das múltiplas variáveis individuais, das diferenças e injustiças entre grupos sociais das quais resultam os padrões do comportamento (DGS, 2014). Assim, o fenómeno da violência, nas suas múltiplas formas de se expressar, nomeadamente a violência interpessoal, deve ser compreendido no seu contexto. O processo de desenvolvimento humano ao longo do ciclo de vida é regulado pelas mudanças que configuram os contextos sociais e culturais onde os indivíduos se inserem e estabelecem relações sociais.

Segundo Dias (2005) os fatores de risco associados à violência contra as pessoas idosas pode ser o stress do cuidador, principalmente quando este se sente sobrecarregado por cuidar e sente que não é capaz de responder às necessidades da pessoa de quem cuida. Os cuidados prestados por familiares são vistos em muitos casos como uma experiência negativa e como um espaço propício à ocorrência de violência.

É um fenómeno que pode acontecer pelo isolamento social e condições monetárias adversas. Famílias de doentes com Alzheimer estão mais vulneráveis a episódios comportamentais violentos, tanto por parte de quem é cuidado, como por parte de quem cuida. A existência de um quadro demencial, a solidão, falta de suporte afetivo e social, história de abuso de substâncias como álcool e ou substâncias psicoativas sejam pelo idoso ou pelo cuidador, elevada dependência física, emocional ou financeira da vítima (assim como a dependência dos familiares e/ou cuidadores em relação às prestações financeiras relativas às reformas dos idosos). Estes fatores de risco estão muitas vezes associados às características sociodemográficas das vítimas: sexo feminino, estatuto conjugal, baixos níveis de escolaridade, estatuto socioeconómico, maior vulnerabilidade e desorganização familiar (DGS, 2014).

Bandura (1973) defende na sua teoria de aprendizagem que a violência vivida em contexto familiar pode, através da transmissão transgeracional, ser um comportamento adquirido ao longo do ciclo de vida e transmitido entre as diferentes gerações. Também Oliveira e Sani (2009) defendem que os indivíduos que, durante a infância, viveram comportamentos violentos ou foram vítimas de violência por parte dos pais ou de outros modelos de referência têm maior probabilidade de se comportarem de forma violenta.

Quando se detetam fatores de risco, estes devem ser avaliados com algum cuidado e sem juízos de valor pois a sua presença não permite, só por si, chegar a qualquer conclusão, no entanto, são esses fatores de risco que aumentam a probabilidade da vitimização, pelo que devem ser valorizados até se confirmar a real situação.

As consequências da violência, causada por familiares são incalculáveis e irreparáveis, pois independentemente do tipo de violência praticada, geram na pessoa idosa frustração, medo, depressão, traumas, sentimentos de perda, culpa e de exclusão. O idoso tende a viver com sofrimento e tristeza e a renunciar a convivência social (Elsner, Pavan & Guedes, 2007).

Denunciar a violência contra a pessoa idosa é um dever de todos e o rastreio de situações de violência constitui um desafio para os profissionais de saúde. A sinalização precoce da violência é imprescindível.

A interpretação da violência interpessoal e dos mecanismos de prevenção da mesma, não pode passar ao lado de um modelo conceptual e de intervenção que tenha de considerar a relação entre fatores de ordem individual, relacional, comunitária e social que a condicionam e relacionam de forma complexa. A DGS (2016) utiliza o Modelo Ecológico¹ para interpretar o fenómeno e obter orientações para a intervenção.

¹ O *modelo ecológico* utilizado pela OMS desde 2002, baseia-se no modelo conceptual do desenvolvimento humano desenvolvido por Broffebrenner, posteriormente adaptado por vários autores, nomeadamente Corsi em 1995, para a violência nas relações de intimidade.

De acordo com o modelo, são conceptualizados quatro níveis de fatores que interagem entre si: fatores individuais, relacionais, comunitários e sociais.

“Segundo o modelo, e sob o ponto de vista individual, vários fatores de ordem biológica ou da história pessoal do indivíduo, como impulsividade, presença de psicopatologia, história pregressa de agressão, e de maus tratos, abuso de substâncias psicoativas, entre outros, podem condicionar a propensão para a concretização de atos violentos.

No plano relacional é também diverso as variáveis que fazem aumentar o risco e o perigo de violência, em particular no domínio das relações próximas, seja no contexto do convívio entre pares, na vida familiar ou, particularmente, nas relações entre parceiros íntimos. Assim, podem ser condicionantes a existência de conflitualidade familiar, de problemas relacionados com a parentalidade, de assimetrias de poder e controlo, ou de baixo estatuto socioeconómico, em particular no caso da violência física.

Sob uma perspetiva comunitária, há que ter em conta os contextos em que os relacionamentos sociais se processam. Comunidades em que se verifica uma elevada densidade populacional ou um isolamento social acentuado, naquelas em que o capital social está empobrecido cultural e economicamente e em que os vínculos sociais são escassos, naquelas onde os níveis de desemprego são mais elevados, o isolamento social é manifesto e o tráfico de drogas uma realidade, acabam por ser mais propensas ao fenómeno da violência.

Num quarto plano, consideram-se os fatores de ordem social que moldam as características de uma determinada sociedade, sejam as normas culturais e sociais que permitem suportar, ou ignorar, a violência e as desigualdades, sejam as próprias políticas de saúde, sociais, de justiça e educativas que podem acabar por manter a desigualdade económica e social e as iniquidades em geral.” (DGS 2016, p. 38-39).

Para a compreensão da génese da violência é importante saber, com base no Modelo Ecológico, que os fatores individuais (história prévia de violência, existência de psicopatologias ou abuso de substâncias), relacionais (existência de conflitos), comunitários (isolamento, empobrecimento da população ou desemprego) e sociais (normas culturais que ignorem a violência e as desigualdades) interagem entre si, influenciando-se mutuamente (DGS, 2016).

De forma resumida pode dizer-se que o nível macro se refere aos determinantes estruturais, que vão das normas culturais, as atitudes sociais que abrangem o idadismo, o sexismo e as atitudes face à violência, assim como as políticas sociais públicas. Os fatores de risco associados à vítima correspondem ao sexo, à idade, ao estado civil, à situação de incapacidade, ao comportamento agressivo e o isolamento social pertencem

ao nível micro que é influenciado, por sua vez, pelas condições sociais (nível meso/exo), incluindo a composição do agregado doméstico (coabitação), os laços e redes sociais (vizinhança, amizade), os fatores socioeconómicos (desemprego, instabilidade laboral, recursos financeiros) e os apoios sociais existentes na comunidade.

3. A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Nas últimas décadas do século XX, as políticas e os sistemas de saúde focaram-se na promoção da saúde como intervenção comunitária. O papel central da comunidade no desenvolvimento da saúde foi enunciado em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978), nomeadamente na Declaração de Alma-Ata, onde foi evidenciada a relação de associação entre as desigualdades em saúde e as desigualdades socioeconómicas.

Os princípios de promoção da saúde foram desenvolvidos na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) em Ottawa, onde, de acordo com as modificações das sociedades e as novas realidades socioeconómicas, se elaborou um conjunto de diretrizes que determinaram indicações fundamentais como o são a equidade, a solidariedade e a justiça social, na denominada Carta de Ottawa. Estes propósitos provocaram uma reorientação da oferta em cuidados de saúde, e muito em particular no âmbito dos cuidados de saúde primários como resposta às crescentes expectativas das populações e essenciais aos desafios de saúde do mundo atual, que influenciam os vários modos de viver dos indivíduos, famílias e grupos comunitários.

De acordo com a OMS (1986) “os serviços de saúde são instados a partilhar o poder com os outros sectores, as outras disciplinas e, sobretudo, com as próprias pessoas.” (p. 4)

A Enfermagem Comunitária tem como foco de atenção inicial a promoção da saúde das populações e de toda a comunidade, num processo de capacitação das mesmas com vista à obtenção de ganhos em saúde e ao exercício da cidadania. Neste processo, o enfermeiro reflete sobre as necessidades de saúde dos indivíduos, famílias, agregados e comunidade, estabelece prioridades e estratégias e avalia os resultados obtidos numa relação estreita com os objetivos estabelecidos, num processo de permanente interação com as comunidades e os seus recursos.

No preâmbulo do Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro, onde são definidas as competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública está descrito,

“que a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbidade e a emergência das doenças crônicas traduzem -se em novas necessidades de saúde, tendo sido reconhecido, nos últimos anos, o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.” (Regulamento nº 128/2011, p. 8667).

Segundo Lundy e Grossman (2009) a enfermagem comunitária e de saúde pública é dirigida à população, com os objetivos de promover a saúde, prevenir a doença, e criar condições para as pessoas viverem melhor. As intervenções ocorrem em múltiplos contextos, de forma a assegurar o acesso a cuidados de saúde úteis, integrados, continuados e ajustados, a todos os grupos sociais com necessidades específicas, marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.

A enfermagem comunitária e de saúde pública estabelece proximidade com a comunidade, para em contexto de prestação de cuidados capacitar, formando uma parceria entre o enfermeiro e a comunidade (Melo & Figueiredo, 2014). A comunidade, por sua vez, toma consciência das suas responsabilidades em saúde e pretende assumir um papel de parceiro ativo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos.

Segundo o que está descrito na nota introdutória do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública n.º 348/2015, de 19 de junho.

“ (...) A enfermagem em cuidados de saúde primários, pela natureza dos cuidados que presta, atua adotando uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis da prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais. Reconhece ainda a importância dos saberes/competências e a conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde da população alvo, privilegiando o efetivo trabalho em equipa e em parceria.” (Regulamento n.º 348/2015, p. 16481).

4. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

As mudanças que surgiram na sociedade nos últimos anos tornaram necessárias as alterações na atuação dos profissionais da área da saúde, exigindo por parte dos mesmos um desenvolvimento profissional que acompanhasse os tempos. Houve necessidade de os enfermeiros adquirirem um nível mais elevado de formação que permitisse dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

Os enfermeiros ao trabalharem junto da população assumem um papel crucial de intervenção e participação comunitária com o objetivo de conseguir comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado (International Council of Nurses (ICN), 2008). Neste contexto é importante apostar na formação especializada e consequente capacitação dos enfermeiros, pois será a mobilização destes conhecimentos essencial na sua prática diária.

A OE no Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, define as competências comuns do enfermeiro especialista e refere que o enfermeiro especialista,

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8648).

O mesmo regulamento refere que o enfermeiro especialista além da sua área de especialização deve demonstrar também,

“competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permite avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (Regulamento n.º 122/2011, 2011, p. 8648).

Existem ainda, determinados pela OE (2011), quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; a

melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais.

Posto isto, o enfermeiro especialista ao promover práticas de cuidados deve respeitar os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégias institucionais na área da administração clínica; ser capaz de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro; ser um bom gestor de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com os seus colaboradores. Será capaz de garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas, adaptar a liderança e a colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade; desenvolver o autoconhecimento e assertividade; e basear a sua praxis clínica e especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento nº 122/2011).

As atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade, são fundamentais para se conseguir obter boa saúde para todos ao longo do ciclo de vida, vivendo mais tempo e com qualidade.

Assim e de acordo com a OE (2011) o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública,

“tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e o empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (Regulamento nº128/2011, p. 8667).

Por outro lado, no mesmo documento, no artigo 4º está explicado que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública deve adquirir as seguintes competências.

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

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

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

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

(Regulamento nº 128/2011, p. 8667)

Pode concluir-se que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas ao processo de vida e aos problemas de saúde e tem uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

5. A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NO DOMÍNIO DA SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Na promoção da saúde, a capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para conseguir o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde.

A capacitação e o empoderamento estão dependentes um do outro, pois ao capacitar está-se a dar trunfos às pessoas para que ao utilizá-los consigam proteger a sua saúde.

O empoderamento para a saúde é um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde e este pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades. Este processo leva as pessoas a refletir sobre a relação entre os seus objetivos e a forma de alcançá-los e a fazer uma correspondência entre os seus esforços e o seu desempenho (OE, 2002).

Quando se fala em promoção da saúde, fala-se em ações destinadas a reforçar as competências para a vida e as capacidades dos indivíduos e ações para influenciar as condições sociais e económicas subjacentes e os ambientes que influenciam a saúde.

Neste contexto a promoção da saúde dá origem a melhores condições para que exista uma relação entre os esforços dos indivíduos e os resultados de saúde que se obtêm. O empoderamento para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal (OE, 2002).

O empoderamento para a saúde da comunidade supõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde.

A constante procura da excelência do exercício profissional recomenda que o enfermeiro capacite os cidadãos a alcançarem o máximo potencial de Saúde. Para tal os enfermeiros devem: identificar a situação de Saúde da população e dos recursos do cidadão/família e comunidade; criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; promover o potencial de Saúde do cidadão através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cidadão (OE, 2002).

As escolhas mais importantes que afetam a Saúde e o bem-estar da pessoa são feitas pela própria pessoa. Esta toma consciência do seu próprio poder para alcançar os seus objetivos e resolver problemas, quando enfrenta uma situação e aumenta o controlo que tem sobre a sua própria Saúde, melhorando-a. Assim esta perspetiva pressupõe um processo de educação, colaboração, cooperação e reciprocidade entre os envolvidos (Leal, 2006).

É fundamental que o enfermeiro adquira competências e conhecimentos que lhe permitam implementar dinâmicas de intervenção promotoras da Saúde, da autonomia e da capacitação dos cidadãos (indivíduo, família e comunidade) na, e para, a construção dos seus projetos de saúde.

O papel do enfermeiro ganha cada vez mais notoriedade nesta área pois é uma das áreas de excelência do exercício da profissão e em particular do Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O conhecimento dá realce à interação entre o enfermeiro e o utente (Gomes, 2013).

A parceria enfermeiro /pessoa é um processo de negociação em que a autonomia da pessoa é respeitada acima de tudo. É um processo que envolve a participação ativa do cidadão no processo de cuidados, de harmonia com o seu estilo de vida, em que o

lugar do profissional de Saúde consiste em promover na pessoa o processo de reflexão, de autonomia, de tomada de decisão de forma a capacitá-la (Gomes, 2013).

A pessoa deve ser um parceiro bem informado e ativo que acredita nas suas capacidades para agir de forma independente e eficaz. O papel do profissional é o de ajudá-la a tomar decisões informadas para alcançar os seus objetivos ultrapassando os obstáculos.

Passar o poder de decisão para a pessoa exige que os profissionais de Saúde maximizem o conhecimento desta sobre os autocuidados, recursos e competências para lidar com os problemas no sentido da autonomia pessoal e da autoeficácia.

Assim capacitar a pessoa idosa, irá levar a que tenha um maior controlo sobre a sua vida diminuindo a sua vulnerabilidade para o risco de violência.

A violência contra as pessoas idosas é um problema social que assume cada vez mais expressão na sociedade portuguesa pelo crescente número de casos conhecidos.

Na conferência sobre “Reaprender a Idade: Contributo interdisciplinar”, de 23 de fevereiro de 2018 no Auditório do Hospital de Santa Maria do Porto, a médica e vice-presidente da Comissão de Proteção ao Idoso, Antonieta Dias, confirmou que Portugal é o país da Europa que menos investe nas pessoas idosas, é um dos países da Europa que menos investimento faz para os idosos e com as piores condições para cuidar dos mesmos, por falta de investimento (Diário de Notícias, 2018).

Importa identificar os processos e as condições de ocorrência da violência a que estão sujeitas as pessoas idosas, de modo a desenvolver nas práticas estratégias de prevenção e intervenção. Esta abordagem requer o domínio dos fatores de risco, dos sinais de violência, dos instrumentos de diagnóstico e avaliação do problema (DGS, 2016).

Esta abordagem agrupa o conceito de interdisciplinaridade, com o estabelecimento de parcerias entre as diferentes áreas como enfermagem, medicina,

psicologia, serviço social, fisioterapia, força de segurança e justiça com a criação de protocolos que orientem a intervenção (DGS, 2016).

A existência de laços relacionais entre a pessoa idosa e o agressor familiar fazem com que situações de violência sejam difíceis de detetar por parte dos profissionais de saúde, quer pela escassa formação especializada nesta área, quer pela recusa da vítima em denunciar as situações (DGS, 2016).

A violência é um tema que deve ser discutido sem receios, livre de crítica e julgamentos, admitindo a presença de sentimentos que dificultam a abordagem do assunto com a família (Landenburger & Campbell, 2011).

Existe um misto de sentimentos, como querer sair de uma relação violenta e não querer cortar laços familiares, característica das vítimas de violência doméstica que leva a um grande sofrimento emocional, muitas vezes continuado no tempo. As vítimas vivem sentimentos de culpa, de baixa autoestima e vergonha, que adia o pedido de ajuda. O medo de retaliações, de ter de abandonar o seu domicílio e ser institucionalizado, pode também ser um obstáculo ao pedido de ajuda.

O enfermeiro da comunidade consegue obter maior proximidade com o contexto onde se poderá desenrolar a situação de violência. Ele conhece a vivência da pessoa, bem como a dinâmica familiar, o que lhe permite planear um conjunto de cuidados personalizados.

Segundo Gomes (2013) o enfermeiro que entra no espaço da pessoa idosa e familiares deve possuir competências relacionais e a sua atuação deve basear-se numa conduta ética, de respeito pelo outro com partilha de poder.

É dever dos enfermeiros identificar, prevenir e minimizar o impacto da violência na pessoa idosa, com base na melhor evidência científica, pois esta problemática está “a destruir as vidas dos idosos (...) o seu bem-estar mental e físico numa altura em que já são muito vulneráveis.” (OMS, 2011, p. 1).

A prevenção tem como objetivo evitar o aparecimento de fatores que contribuam para a violência, contemplando intervenções na comunidade tais como educação para a cidadania e direitos das pessoas, ações que mudem a imagem dos idosos (frágeis, fracos e dependentes), que contribuam para a promoção de um envelhecimento ativo, para a promoção da manutenção da autonomia e maximização das suas capacidades (OMS, 2011).

Desta forma, é essencial que os profissionais atuem não só a nível da deteção de situações como na construção de redes de suporte comunitárias para intervenção neste domínio que contribuam de forma efetiva para a delimitação de respostas eficazes e que previnam a vitimização (DGS, 2016).

O fenómeno reveste-se de uma notável magnitude visto que acontece em todos os locais onde existem pessoas, em todas as classes sociais e acarretar uma elevada carga de morbilidade e de mortalidade entre as vítimas. O problema adquire elevada transcendência pelo grave impacto que causa nas vítimas e no respetivo sistema familiar e também pelas repercussões socioeconómicas.

Sensibilizar a comunidade para o processo de envelhecimento, a importância das relações entre diferentes gerações, colaborar na formação de cuidadores de pessoas idosas, podem ser estratégias para a prevenção de violência.

Segundo Krug, Dahlberg, Marcy, Zwi e Lozano (2002) as estratégias de prevenção da violência devem seguir três linhas de intervenção diferentes, mas complementares.

“Ter iniciativas cujo objetivo é prevenir a violência antes que ela ocorra, como forma de prevenção primária. Embora relativamente negligenciado, o elemento mais crítico, e prioritário, de uma abordagem preventiva é a capacidade para identificar as causas, em detrimento do foco nos sintomas visíveis.

Desenvolvimento de formas de abordagem cuja tónica esteja colocada nas respostas imediatas a situações de violência, tanto a nível dos cuidados de saúde primários como cuidados hospitalares, enquanto prevenção secundária do fenómeno.

Concretização de intervenções dirigidas à reabilitação, reintegração, minimização do impacto do trauma, redução da eventual incapacidade associada à violência e evitar recorrências enquanto prevenção terciária da violência.” (DGS, 2014, p. 98).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública é detentor de competências científicas, técnicas e humanas habilitado a prestar cuidados ao indivíduo, família, grupos e comunidade ao nível da prevenção primária, secundária ou terciária.

A prevenção primária tem como objetivo evitar fatores de risco que possam estar na origem do desenvolvimento de um mecanismo patológico (violência) que pode levar à doença, através da educação para a saúde. Esta pode ser dirigida a nível individual, a grupos selecionados ou à população em geral, esperando-se um controlo dos casos de violência, antes do seu aparecimento atuando nos fatores de risco (Bernal & Gutiérrez, 2005).

Também Lindenbach, Larocque, Lavoie e Garceau (2012) concordam que agir sobre os fatores de risco é essencial na prevenção, uma vez que a evidência científica demonstra que um fator de risco pode ser um elemento preditivo da vitimização.

Conhecer a pessoa, o contexto social e familiar, a rede de suporte, a situação de saúde bem como as respostas da pessoa idosa e do seu familiar cuidador, são requisitos para o sucesso da prevenção.

Neste sentido, a literatura recomenda a avaliação periódica do nível de dependência. Quando identificados os fatores de risco, pode atuar estimulando a autonomia e a preservação da independência, incentivando a participação em atividades sociais e comunitárias para evitar o isolamento social, incentivar a manutenção de laços familiares e de amigos, participação em grupos, universidades da terceira idade, centros de dia e nas atividades domésticas, dentro das suas possibilidades, ou aconselhando o controlo sobre os seus pertences (DGS, 2016).

A capacitação do cuidador é fundamental devendo igualmente ser fornecidos recursos sociais, comunitários e estratégias de apoio.

A prevenção secundária inicia-se com a deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas com ausência de sintomas. Pretende-se a implementação de medidas para um rápido restabelecimento da saúde ou não evolução da situação. Assim surge após ocorrência de violência, devendo o enfermeiro ser capaz de a identificar e intervir precocemente, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar (DGS, 2016).

Os enfermeiros “devem, como rotina, conduzir uma avaliação de risco em todos os utentes, que lhes permita identificar sinais e sintomas de abuso.” (Lopes, Escoval, Mendes, Carvalho & Fonseca, 2012, p. 58).

A recolha de informação deve ser organizada, permitindo identificar os indicadores e sinais de violência, assim como avaliar a natureza, o impacto e o risco. A intervenção do profissional de saúde deve ter sempre em vista a segurança e defesa dos direitos da pessoa idosa, respeitando as suas decisões.

Não devem ser menosprezados sinais como a demora na procura de cuidados médicos, explicações confusas ou incongruentes para determinadas lesões ou a procura recorrente dos cuidados de saúde (OMS, 2002).

Sandmo e Kirkevold (2011) referem que o aumento do número de visitas domiciliárias é uma estratégia eficaz para lidar com situações de violência e vai permitir o envolvimento do cuidador nos cuidados, apoiando-o.

A prevenção terciária é exercida através de terapêutica, controlo e reabilitação médicas e ainda a eliminação de recorrências e minimização do impacto e incapacidade. Para tal, as intervenções devem ser específicas, quer para o idoso com apoio médico, psicológico, social e económico, quer para o seu cuidador com intervenções psicoterapêuticas (DGS, 2014).

Este nível de prevenção pode envolver encaminhamento jurídico com consequente articulação com apoios e recursos existentes na sociedade, como a integração em casas-abrigo.

Pretende-se igualmente desenvolver uma tomada de decisão consciente, facilitando o acesso a ajudas sociais. Por outro lado, por exemplo em casos de negligência devem ser incentivadas estratégias para capacitação da família que cuida e “interrupção do ciclo de violência e adoção de estratégias para minimizar o risco de reincidência” (Santos & Vieira, 2014, p. 417) por técnicos especializados.

5.1. Teoria do Autocuidado de Orem

As teorias de enfermagem proporcionam ao enfermeiro orientações necessárias para a sua prática diária, oferecem conhecimentos teóricos que permitem fundamentar a prestação dos cuidados ao utente.

O conhecimento científico no exercício profissional é uma mais-valia para a fundamentação de qualquer profissão. A pesquisa em enfermagem surge da prática e o enfermeiro suporta o seu trabalho nas teorias de enfermagem. Logo a teoria e a prática devem andar juntas, para uma prestação de cuidados eficiente.

A teoria de Orem teve o seu início no ano de 1971 e tem vindo a ser atualizada durante as últimas décadas.

Orem inicialmente desenvolveu a teoria de enfermagem do défice do autocuidado, teoria geral composta por outras três teorias inter-relacionadas, a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Segundo Tomey e Alligood (2002) a Teoria do Autocuidado, descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem. Orem (2001) define o autocuidado como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar, refere ainda que o autocuidado é uma conduta aprendida e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais.

Na conceptualização da autora, o autocuidado é representado por dois conceitos distintos, ainda que correlacionados: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001). O agente de autocuidado refere-se à capacidade de uma pessoa desenvolver comportamento de autocuidado que envolve diversos domínios, incluindo o domínio cognitivo, através do conhecimento da condição de saúde, das capacidades de autogestão e de tomada de decisão, o domínio físico, que se traduz na capacidade física para levar a cabo as ações de autogestão, o domínio emocional ou psicossocial, que abrange atitudes, valores, desejos e motivação bem como a competência para desenvolver as ações de autogestão, e finalmente, o domínio comportamental, que se refere às capacidades necessárias para desenvolver o comportamento de autocuidado (Orem, 2001).

O comportamento de autocuidado consiste na prática de atividades que as pessoas iniciam e executam num determinado período de tempo, no interesse próprio da manutenção da vida, do funcionamento saudável, da continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar (Orem, 2001).

Orem considera o autocuidado como o desempenho ou a prática de atividades desenvolvidas pelo indivíduo, em benefício próprio, para satisfazer as suas próprias necessidades sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais, com base em determinados requisitos ou condições, denominados “requisitos de autocuidado”.

São três os requisitos ou exigências do autocuidado, apresentados por Orem: universais, do desenvolvimento e do desvio da saúde.

Os universais estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos e são comuns a todos os seres humanos durante todas as fases do ciclo vida, como por exemplo, as atividades do dia-a-dia. Os requisitos de desenvolvimento centram-se nas mudanças do ciclo de vida. Finalmente, os requisitos dos desvios de saúde relacionam-se com os cuidados de saúde adequados, tais como vigilância de saúde, procura de cuidados de saúde de acordo com as necessidades e vivência com a doença.

Perante esta realidade, o autocuidado deve ser estimulado com promoção para a saúde, de forma a aumentar a autoestima, fator necessário a qualquer pessoa, principalmente à pessoa idosa, o que permite manter a sua independência. Portanto, o idoso deve ser colaborador no processo de promoção da sua saúde e bem-estar da sua vida no ambiente em que está inserido.

A responsabilidade pela promoção da saúde é partilhada com os indivíduos, comunidade, grupos e instituições que prestam serviços de saúde, governos e profissionais da saúde. Conhecer essas ações possibilita identificar fatores que contribuam para os déficits de autocuidado, pois uma vez identificados, torna-se possível propor estratégias de promoção da saúde que contribuam para capacitar a população idosa.

Os requisitos universais do autocuidado são manutenção de uma alimentação saudável, atividade física, prevenir a solidão, incentivar a interação social através da promoção da saúde. A participação em atividades sociais realizadas na comunidade como os grupos corais da terra, celebrações religiosas e festas comemorativas. A Teoria do autocuidado de Orem diz que alcançar o autocuidado é um processo aprendido, ou seja, é uma prática da pessoa desenvolvida por a mesma em que o indivíduo deve ser livre para acertar, aprender, utilizar ou rejeitar o que lhe é oferecido.

A teoria do autocuidado leva o enfermeiro a organizar a sua ação na busca do conhecimento sobre a integridade e funcionamento dos seres humanos, para promover os requisitos do desenvolvimento do autocuidado referentes à adaptação da pessoa idosa a mudanças de ambiente, do corpo, o que torna claro a interface entre teoria do autocuidado e o processo de educação aos idosos. Se promover a vida é uma premissa da teoria de Orem, é perceptível que o ensino transmitido pelos enfermeiros com a finalidade de desenvolver o autocuidado é a aplicação desta teoria, pois segundo Orem (2001) quando o cuidado é realmente realizado, contribui para manter a dignidade e desenvolvimento humano.

Todo o processo educativo contribui para trocas de experiências, melhorando a autonomia frente aos problemas de saúde, pois a educação contribui para o maior

controle e cuidado com a saúde. Neste contexto, a utilização do autocuidado refere-se à capacidade do indivíduo em participar no mesmo. Porém esta prática pode ser influenciada por fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, estado de saúde, a orientação sócia cultural e os padrões de vida.

A educação ao longo da vida e no envelhecimento é considerada um instrumento fundamental para um envelhecimento bem-sucedido. Quando o idoso se informa, está atento e aprende o que é importante para uma melhor qualidade de vida estará mais capacitado para exercer a sua cidadania neste mundo onde ocorrem mudanças frequentes, para que assim consiga expressar as suas necessidades, lutar pela resolução de seus problemas, e ainda fazer como que escutem em suas propostas. O próprio idoso, ao ter consciência de seu espaço na sociedade, terá de si mesmo uma visão mais otimista, considerando-se, produtivo, útil, capaz de colaborar significativamente para a sociedade na qual está inserido.

É neste aspeto que o enfermeiro possui um papel relevante, ao basear as suas ações educativas na teoria de Orem, para incentivar o autocuidado. É importante ressaltar a utilização das ações dirigidas às populações, em que Orem promove o desenvolvimento do autocuidado, de maneira a adaptar, no caso do idoso às mudanças físicas, estruturais financeiras e de conhecimentos, portanto ao utilizar a teoria do autocuidado e enfatizando tais mudanças, o enfermeiro prepara o indivíduo para esta adaptação. É gratificante, perceber que a enfermagem pode mudar e ampliar a sua visão nas diferentes áreas de atuação, enfatizando o indivíduo como centro do cuidado; porém deve salientar-se que o profissional deve ter consciência de que o processo de mudança de hábitos não é simples é necessário estimular o autocuidado através da educação para a saúde permanente, para facilitar e induzir a qualidade de vida nos indivíduos (Orem, 2001).

II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade de Saúde Familiar (USF) que presta cuidados de saúde primários a famílias alentejanas foi a instituição de acolhimento do estágio realizado pela mestranda. Tem como objetivos a prestação de cuidados de excelência e de integração na e com a comunidade para dar resposta às necessidades e problemas de saúde existentes. Esta Unidade de Saúde Familiar assiste cerca de 16 mil utentes e tem ainda uma extensão de Saúde onde assiste 750 utentes. A equipa é composta por 8 médicos, 9 enfermeiros e 7 administrativos.

Os cuidados de saúde da extensão de saúde da USF são prestados num edifício que apresenta condições físicas a nível arquitetónico tendo em conta todas as exigências obrigatórias por lei, as acessibilidades são boas, tanto dentro do edifício como no exterior, apresenta condições para deficientes e está bem localizado (centro da localidade), resultado do projeto já implementado na comunidade “Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” em 2010.

Segundo os censos 2011 realizados pelo INE, esta comunidade rural alentejana tem 902 habitantes, sendo notório o seu decréscimo ao longo dos anos. Até às décadas de 50-60, a população foi aumentando, no entanto, a partir da década de 60, com a emigração para o estrangeiro e a migração para as grandes cidades portuguesas, a sua população diminuiu drasticamente, ficando para trás a população mais envelhecida.

A equipa de saúde desloca-se duas vezes por semana à comunidade e presta cuidados de saúde na extensão e no domicílio quando solicitados. Os cuidados são prestados a toda a comunidade abrangendo as várias áreas, entre atendimentos urgentes e programados, como é o caso dos utentes diabéticos, hipertensos, grávidas, crianças e idosos. É uma equipe constituída por um administrativo, um médico e um enfermeiro que prestam cuidados de saúde globais junto do utente/doente, família e comunidade. O enfermeiro presta cuidados de saúde no domicílio, sendo este o elemento de confiança

para os doentes na orientação dos seus problemas de saúde, mas também nos problemas sociais.

Existe um centro de dia que presta apoio ao nível da alimentação, vestuário, higiene e limpeza ao idoso na sua residência conforme as necessidades requeridas pelo utente/família, apoio este que é pago segundo os seus rendimentos, e que muitas vezes se torna incomportável com as baixas reformas da população. O mesmo tipo de apoio é prestado aos idosos que permanecem diariamente nas instalações do centro. Os cuidados de saúde são prestados pela equipa de saúde da comunidade.

Existem atividades programadas para os idosos da comunidade como incentivo ao envelhecimento ativo: ateliês de culinária, pintura, jogos tradicionais, exercício físico envolvendo toda a comunidade.

O projeto “Aldeia Amiga das Pessoas Idosas” continua ativo na comunidade e para a comunidade, num trabalho conjunto com os vários parceiros e a população indo de encontro ao “direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos seus cuidados de saúde.” (Alma-Ata, 1978). Uma localidade amiga das pessoas idosas tem o objetivo de capacitar o idoso para maior mobilidade diminuindo o número de quedas ao reduzir obstáculos, de aumentar a segurança permitindo que o nível de confiança das populações aumente, desenvolvendo atividades sociais que estimulem a participação social beneficiando a população. Estas estratégias pretendem assim uma abordagem participativa, que permita o envolvimento dos idosos de forma a fazê-los sair de casa, a relacionarem-se com outros, evitando o isolamento e a solidão (OMS, 2007).

2. ESTÁGIO

Segundo o guia orientador do estágio final,

“este estágio deve representar, para cada estudante, um processo de aprendizagem, que implica a aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de especialista e o aperfeiçoamento da capacidade de raciocinar e resolver problemas em enfermagem comunitária”. (Caldeira et al, 2018)

O estágio final decorreu de 19 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018. Ao longo do estágio a mestranda aplicou os conteúdos teóricos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública com o objetivo de adquirir as competências de Mestre e Especialista. Para atingir os objetivos mencionados foi necessário:

- “Elaborar um projeto de estágio a que chamou “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia” orientado pela MPS.
- Elaborar um Relatório sobre o processo de desenvolvimento do Estágio Final, fundamentando-o em termos técnico-científicos e apresentando sugestões de melhoria relativos à intervenção profissional.” (Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, artigo 3º, 2017, p. 3)

O projeto de intervenção, anteriormente mencionado foi desenvolvido com base na MPS e contém as seguintes etapas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação, operacional e avaliação (Tavares, 1990).

Uma localidade amiga das pessoas idosas tem o objetivo de capacitar o idoso para maior mobilidade diminuindo o número de quedas ao reduzir obstáculos, de aumentar a segurança permitindo que o nível de confiança das populações aumente, desenvolvendo atividades sociais que estimulem a participação social tornando a população mais capacitada e menos vulnerável.

Indo ao encontro aos objetivos da equipa de saúde desta comunidade, que já tem implementado o projeto anteriormente mencionado, torna-se importante dar continuidade e avaliar quais os riscos de violência sobre idosos com 65 e mais anos

dessa mesma comunidade, um tema que ainda não foi tratado e que de acordo com as características da população idosa é bastante pertinente.

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação constitui a primeira etapa do planeamento em saúde, deve identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, correspondendo às necessidades de saúde da população. No diagnóstico de situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades (Imperatori & Giraldes, 1993).

A concretização deste trabalho aconteceu após realização de várias pesquisas sobre o assunto que queria investigar. Segundo dados do INE (Censos 2011), nesta comunidade alentejana existem 902 habitantes, 225 destes habitantes têm 65 e mais anos, 161 vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário, prevalecendo em maior número o sexo feminino.

Estão inscritos nesta extensão de saúde, 182 pessoas com 65 e mais anos.

Os dados também mostram uma diminuição da população residente nos últimos dez anos. Quando comparados, os dados de 2001 revelam uma perda de 154 habitantes, em todas as faixas etárias, contudo foi mais acentuado na população jovem, mais precisamente na faixa etária dos 15 aos 24 anos, o que levou a uma diminuição de 47% da população residente. O índice de envelhecimento da população é de 216,2 e o índice de dependência dos idosos é de 39,3, valores muito superiores quando comparados com os dados globais do país. Para além destes dados, é de salientar a taxa de analfabetismo de 14,41% desta comunidade (INE, 2011). A população com 65 e mais anos representa sensivelmente 25% da população residente. A seleção da amostra foi realizada a partir da lista de utentes inscritos na equipa de saúde da extensão que presta cuidados nesta comunidade. São no total 182 utentes, 58 homens e 124 mulheres.

Para definir a amostra (fração de uma população sobre a qual se faz o estudo) foram definidos critérios de inclusão (características essenciais dos elementos da

população e que se desejam encontrar nos elementos da amostra) e exclusão (indivíduos que não farão parte da amostra) e para ser representativa, a amostra deve assemelhar-se, o mais possível, à população (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Os critérios de inclusão identificados foram, idosos de ambos os sexos, a viver na comunidade que tenham capacidade de compreender e responder ao questionário; sem demência e que aceitassem participar no estudo.

A amostra foi constituída por 31 idosos com 65 e mais anos, 20 (65%) do género feminino e 11 (35%) do género masculino (com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos). “A vantagem da amostra aleatória estratificada proporcional é assegurar a representação de um segmento particular da população e permitir comparações entre os subgrupos formados” (Fortin 2009 p, 207).

Foi aplicado um questionário como instrumento de colheita de dados. O questionário “é um meio rápido e pouco dispendioso de obter dados, junto de um grande número de pessoas distribuídas por um vasto território” (Fortin, Côté & Filion, 2009, p. 387). Segundo as mesmas autoras, é um instrumento que fornece respostas escritas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões a um conjunto de questões, é o método de colheita de dados mais utilizados pelos investigadores.

O questionário aplicado (Anexo I) está dividido por partes, informações sociodemográficas, com quem vive e onde vive, anos de escolaridade, rendimento mensal, condições de saúde, diagnóstico de presença de défice cognitivo, escala de depressão, perceção de saúde, preditores de violência e representação social da violência para os idosos. As perguntas do questionário sobre preditores de violência incluem vários indicadores de medição, tais como: negligência, exploração financeira, abuso físico, abuso emocional e a perceção do idoso sobre violência, divididos por quatro grupos. As respostas dadas são sim ou não, que serão cotadas com 1 ou 0, sendo que o 1 é positivo para risco de violência. Os dados foram tratados, utilizando recursos do software estatístico Excel 2016, com os resultados apresentados em tabelas percentuais e gráficos estatísticos.

Foi autorizada a aplicação do questionário que está a ser testado, para que, após vários ensaios, possa vir a ser validado e servir de instrumento a aplicar no projeto de investigação denominado ESACA (Envelhecer em segurança no Alentejo, Compreender para Agir), pela Sra. Professora Doutora, Felismina Mendes, coordenadora do mesmo, cujos objetivos gerais são:

-Promover o Envelhecimento com Segurança dos idosos no Alentejo;

-Compreender e prevenir as quedas e lesões em idosos institucionalizados e não institucionalizados;

-Compreender e prevenir as situações de violência nas representações e práticas dos diferentes atores institucionais da violência sobre os idosos;

-Diminuir os custos individuais, sociais e económicos inerentes às quedas e à violência sobre idosos.

O questionário foi aplicado após informação, com a garantia de confidencialidade e anonimato de todas as informações, relativas à colheita de dados. Uma vez consentida a sua participação (Apêndice I), a recolha de dados foi realizada em casa de cada utente com duração de aproximadamente 40 minutos. Os utentes sabiam que seriam abordados para responder a um questionário e só depois de informados e sensibilizados para o tema, se resolvessem participar, responderiam.

Os enfermeiros devem exercer uma prática assente no quadro ético, jurídico e deontológico, respeitando o direito dos clientes à informação e garantindo a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional (OE, 2011).

Os resultados obtidos (Apêndice II) revelam que 35,5 % dos inquiridos são analfabetos. A maioria (19 pessoas) quando em idade ativa foram trabalhadores rurais, os restantes, e de forma equitativa, desempenhou funções como trabalhadores fabris ou do comércio ou ainda exerceram o ofício de costureiras.

Apenas 5 pessoas residentes na comunidade frequentam o Centro de Dia, são mulheres viúvas, as restantes 26 residem na comunidade e não carecem de recorrer a este serviço disponível na comunidade. Na amostra que este relatório trata não existem pessoas institucionalizadas, dos inquiridos 13% (4 pessoas) vivem sozinhas, ao contrário dos restantes 87% (27 pessoas) que vivem acompanhadas, destas últimas que vivem acompanhadas, 61,2%, (19 pessoas) vivem com o marido ou com a mulher (o que coincide com o número de casados), 4 residem na companhia dos filhos, 3 com o irmão ou com a irmã e 1 com o neto ou neta. A maioria (54,8%) da amostra tem um rendimento mensal compreendido entre os 350 e 550€. Para além disso existe uma fatia significativa que recebe menos de 350€ (29%). Os restantes 12,9% têm um rendimento mensal compreendido entre os 550 e 750€, existindo ainda 3,23% que recebe mensalmente entre 750 e 1150€ (um único inquirido).

Da amostra em estudo, 16 (51,6%) utentes referem tomar entre 5 a 10 medicamentos diários, enquanto os restantes, 15 (48,4%) tomam menos de 5 medicamentos. O medicamento mais consumido é os outros, (anti hipertensores e antidiabéticos) por 25 (80,6%) dos utentes, seguidos de anti-inflamatórios, 24 (77,4%). Os ansiolíticos também são consumidos por 12 (38,7 %) utentes da amostra. Da amostra estudada pode verificou-se que 21 (67,7%) sofrem de hipertensão, 22 (70 %) de doenças musculoesqueléticas e 14 (45,1%) de diabetes sendo compatível com o número de medicamentos consumidos.

A distribuição da amostra segundo a necessidade de “ajuda” no dia-a-dia revelou que 87% (27 pessoas) dos indivíduos que constituem a amostra necessita de ajuda (dispositivos auxiliares) para se manter mais ativo, e (13%) 4 não necessita, assim grande parte da amostra (71%) usa óculos, por problemas de visão, (32,2%) deslocam-se com o apoio de um andarilho ou bengala. A maioria da amostra (77%) refere que a presença de doença interfere com as atividades diárias, principalmente as doenças músculo-esqueléticas, como as artroses, lombalgias.

Após a análise dos preditores de violência, verificou-se que em relação aos apoios e relacionamentos atuais, 51% (16 pessoas) da amostra refere sentir solidão e desamparo, uma vez que 64,5% (20 pessoas) sente e afirma não ter ninguém que se

preocupe com eles. Embora não tenham relações de conflito com a vizinhança (100% da amostra), também não têm encontros sociais, 83,9% (26 pessoas) dos inquiridos refere não ter companhia diária, principalmente os do sexo feminino, pelo que se refugiam em casa.

Estes idosos comunicam com a família pelo telefone, ou durante as férias quando estes regressam à terra, pois a grande maioria tem os filhos emigrados.

A função cognitiva e eventualmente as demências dos inquiridos foram avaliadas através do Mini-Mental State Examination (MMSE). De acordo com os resultados obtidos para a amostra deste estudo, 4 utentes (13%) apresenta défice cognitivo, os restantes 27 (87%) não revela défice cognitivo. Segundo a escala de depressão geriátrica, pode verificar-se que 21 pessoas (68%) da amostra tem suspeita de depressão, enquanto as restantes 10 (32%) têm ausência de depressão. Idosos que são ou foram vítimas de violência psicológica ou negligência apresentam elevados valores nas escalas de depressão (62%) (Costa, 2006).

A depressão é uma das grandes síndromes geriátricas que paira na população idosa, e em muitos casos pode levar a uma incapacidade na tomada de decisões em relação ao dia-a-dia, a diminuição da atividade física resultando em limitações na capacidade funcional. As consequências e implicações da depressão no idoso são muitas, nomeadamente a nível económico (aumento da população dependente), social com a alteração das relações familiares e interpessoais, de saúde pois induz a um aumento do consumo de cuidados primários e, por último, éticos com a probabilidade da ocorrência de suicídio (OMS, 2003).

As representações sociais de violência referidas pelos idosos inquiridos são a violência, o medo, a dor, a tristeza, a maldade, a solidão e ainda a falsidade.

Em relação ao porquê da existência de violência sobre os idosos as representações sociais de violência são: o desemprego, a falta de dinheiro, o consumo de droga, falta de valores e de respeito pelos mais velhos, a ganância e a falta de educação, as sociedades modernas.

As representações sociais de violência, construídas pelos idosos, indicam a ideia que os mesmos sentem em relação a este fenómeno e como pode originar dor, angústia e solidão, pondo em causa o respeito e a segurança do idoso enquanto pessoa.

As identificações das representações de violência sobre idosos podem servir como um instrumento de trabalho a utilizar no planeamento das intervenções a realizar junto da população no sentido de sensibilizar os idosos para os seus direitos e os cidadãos em geral para o respeito ao idoso.

Em primeiro lugar, observou-se que a maioria dos idosos da amostra apresenta fatores de risco de sofrer violência, com maior prevalência os psicológicos, destacando-se os sentimentos de solidão e isolamento.

A violência psicológica e a negligência são as formas de violência que levantam maiores dificuldades de diagnóstico, na medida em que não deixam marcas físicas, mas têm consequências graves para o idoso. Entre outras situações, a violência psicológica envolve a socialização inadequada, a rejeição e o abandono, traduzindo-se em sentimentos de tristeza e solidão. Também se verificou que em média 58,1% dos inquiridos passam por momentos de ansiedade, falta de paciência, 54,8% zangam-se com frequência.

2.1.1. Problemas identificados

Os cuidados de enfermagem visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida e dignidade das pessoas idosas, que pode ficar seriamente afetada, quando sujeita a qualquer situação de violência. Ao compreender o impacto multidimensional que a violência tem na pessoa idosa, é responsabilidade dos enfermeiros identificar, minimizar e prevenir estas situações. Esta escolha prendeu-se com o facto de se terem identificado previamente necessidades de conhecer a realidade de acordo com as características da população: maioritariamente idosa, com limitações na mobilidade, várias patologias associadas, a viver maioritariamente com outros idosos longe dos filhos, na sua maioria emigrados e com sentimentos de solidão e tristeza. Este são fatores de risco importantes para a ocorrência de violência descrita na literatura, pelo que se considerou pertinente o

desenvolvimento do projeto “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia” (Apêndice II).

Perante os resultados do diagnóstico de situação da comunidade em estudo foram identificados os seguintes problemas:

- Isolamento /solidão/tristeza
- Pouca paciência/ansiedade em relação ao dia a dia
- Baixos recursos monetários
- Limitações físicas/dores /artroses
- Associação negativa ao envelhecimento

O diagnóstico de situação deve ser confrontado de acordo com as necessidades sentidas pela população, pois só assim se conseguirá completar dados já existentes e aumentar a cooperação e receção das medidas propostas (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1.2. Necessidades

Conhecer as necessidades sentidas e expressas pela população é importante na identificação do diagnóstico de situação. Após análise dos dados foram identificadas as seguintes necessidades:

- ✓ Incentivar os idosos à participação em atividades que estimulem a interação social;
- ✓ Realização de campanhas informativas à comunidade em geral para aumentar a conscientização sobre a violência contra os idosos, promovendo atitudes

positivas em relação ao envelhecimento, e estimular o tratamento com respeito e dignidade dos idosos;

- ✓ Informação para os profissionais de saúde e cuidadores informais de maneira a consciencializa-los da existência de violência sobre os idosos e melhorar os seus conhecimentos sobre a prevenção, sinais, sintomas e estratégias para lidar com as situações.

2.2. Definição de Prioridades

Na definição de prioridades faz-se a hierarquização dos problemas identificados, o que constitui a segunda etapa do planeamento em saúde, estando diretamente relacionada com a etapa anterior, o diagnóstico da situação, e será determinante para a seguinte, fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Após serem identificados os problemas e necessidades da população estudada, dever-se-á fazer uma reflexão de forma a determinar e selecionar prioridades de acordo com os critérios de hierarquização dos problemas, tais como a magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

A magnitude relacionada com a dimensão/escala do próprio problema e necessidade, a transcendência relacionada com a valorização do próprio em relação ao seu problema e a vulnerabilidade relacionada com a capacidade de resposta do profissional de saúde face aos problemas e necessidades identificadas.

O problema da violência nos idosos é considerado grave para a saúde pública, com consequências irreversíveis para as vítimas, sendo pertinente a intervenção do profissional de saúde na sua prevenção.

Perante os resultados do diagnóstico de situação da comunidade em estudo foi considerada prioritária a intervenção na prevenção e combate ao isolamento social, procurando minimizar a solidão, tristeza, ansiedade e medos, promovendo a literacia sobre os fatores de risco da violência nos idosos. Os profissionais de saúde são detentores de uma posição singular para o rastreio, diagnóstico, tratamento e referenciação de situações abusivas. Logo como forma de incentivar os idosos à participação nas atividades já desenvolvidas na comunidade, considerou-se pertinente reforçar a importância das mesmas para um envelhecimento ativo, saudável e seguro, reduzindo o tempo que passam sozinhos e sem qualquer atividade, estimulando a cognição e a mobilização. Só uma consciencialização e reeducação das sociedades acerca do crescimento da população idosa, criando e organizando ações e programas sociais preventivos que procurem um envelhecimento favorável dos idosos e a sua qualidade de vida, permitirá diminuir a vulnerabilidade social dos mesmos. Torna-se importante capacitar e empoderar os idosos, a comunidade em geral e os profissionais de saúde sobre o fenómeno da violência de maneira a prevenir e travá-la para um melhor futuro para todos.

2.3. Fixação de Objetivos

A determinação de objetivos constituiu a terceira etapa do planeamento em saúde, pois uma vez,

“realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários haverá que proceder à fixação dos objetivos a atingir em relação a cada um desses problemas (...) esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 63).

O objetivo geral é promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural alentejana no âmbito do envelhecimento ativo e seguro e contínua promoção da saúde.

Os objetivos específicos visam:

- Informar os idosos da comunidade sobre fatores de risco de violência;
- Informar os profissionais do centro de dia da comunidade sobre a gestão fatores de risco de violência nos idosos;
- Informar os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar da comunidade sobre os fatores risco de violência nos idosos da população alvo;
- Informar a comunidade em geral sobre os fatores de risco de violência nos idosos;
- Incentivar a prática de atividade física nos idosos da comunidade e a frequentar aulas de estimulação cognitiva.

2.4. Indicadores e Metas

Os indicadores são definidos como “uma relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 43).

Existem dois tipos de indicadores, os indicadores de resultado ou de impacto e os indicadores de atividade ou de execução. Os indicadores de resultado ou de impacto medem as alterações verificadas num problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, enquanto os indicadores de atividade ou de execução, medem a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde tendo em vista o atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Foram definidos os seguintes indicadores de atividade ou de execução, com as respetivas metas:

- ✓ Divulgação dos resultados do estudo realizado a pelo menos 30% da amostra da população alvo;

- ✓ Divulgação dos resultados do estudo realizado a pelo menos 20% das crianças da comunidade que frequentam o 1º ciclo da escola básica;
- ✓ Divulgação dos resultados do estudo realizado a 100% dos professores que ensinam na escola básica da comunidade;
- ✓ Informação sobre riscos de violência nos idosos, a 50 % da comunidade, até junho de 2018;
- ✓ Informação sobre a gestão de riscos de violência nos idosos, em 80% dos profissionais do centro de dia da comunidade estudada;
- ✓ Divulgação dos resultados do estudo sobre violência nos idosos, em 80% dos profissionais de USF, até janeiro de 2018;
- ✓ Promover e incentivar a 20% da população alvo a participar nas atividades já existentes na comunidade durante a sessão para a comunidade;
- ✓ Promover e incentivar a 20% da população alvo a participação na sessão de Estimulação Cognitiva.

2.5. Estratégias

Para concretizar os objetivos foram pensadas sessões de educação para a saúde, tanto para a consciencialização dos profissionais de saúde, assim como para a capacitação dos idosos, nomeadamente informar a população dos recursos existentes e como identificar sinais e sintomas de violência, com o envolvimento dos parceiros da comunidade.

Foram definidas estratégias de forma a motivar o envolvimento da comunidade na construção deste projeto de saúde, uma vez que a intervenção comunitária tem como finalidade a resolução de problemas e a promoção de potencialidades da comunidade através de uma ação planeada entre vários agentes e a própria comunidade local, originando proximidade e implicando a comunidade na tomada de decisão e desenvolvimento de atividades orientadas para a obtenção de ganhos em saúde. Foi pedida autorização ao Sr. Coordenador da USF (Apêndice III) onde decorreu o estudo, assim como o Parecer da Comissão de Ética – Área da Saúde e do Bem-estar da Universidade de Évora (Anexo II).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas elaborado pela Direção Geral de Saúde estabelece três grandes estratégias de intervenção nas áreas do envelhecimento ativo, da organização e prestação de cuidados de saúde e da promoção de ambientes facilitadores da autonomia e independência, estabelecendo recomendações para a ação que têm em consideração; a idade, as especificidades do género, a cultura e a estimulação da participação das pessoas idosas (DGS, 2006).

O conceito de envelhecimento ativo surge como pilar para a sustentabilidade da problemática que o aumento dos idosos trouxe à sociedade, definido como “o processo que consiste em otimizar as possibilidades de boa saúde, de participação e de segurança a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice.” (OMS citada em Lopes 2007, p. 66).

Conhecendo o envelhecimento como um fenómeno que atinge todos os seres humanos, este necessita da participação de todos os setores sociais exigindo intervenção e responsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas, bem como o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, formais ou informais e de profissionais de vários sectores (DGS, 2006).

2.6. Elaboração de Programas e Projetos

A seguinte etapa do planeamento em saúde consta da elaboração de um projeto. A elaboração de programas e projetos visa essencialmente o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, no sentido de atingir um ou vários objetivos, que culminou na elaboração do projeto em foco neste relatório.

Foram planeadas em conjunto com os parceiros da comunidade:

- Sessões de esclarecimento sobre a violência contra o idoso, nomeadamente sinais e sintomas dessa violência e gestão de conflitos, aos profissionais da USF e Centro de Dia da comunidade;
- A realização de um folheto informativo sobre a temática a publicar no boletim informativo da comunidade que participou no estudo;
- A apresentação dos resultados do estudo, sessões de exercício físico, nutrição e cognição, prevenção de roubos e burla;
- Negociações e contactos para colaboração na realização da Feira da Saúde em junho de 2018.

2.7. Preparação da Execução

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) esta etapa do planeamento em saúde irá “especificar quando, onde e como as atividades que fazem do projeto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregue de as administrar e ou executar.” (p. 149).

Após elaborar o resumo do projeto com o cronograma das atividades (Apêndice II) a desenvolver nesta intervenção e efetuar o planeamento das intervenções para a comunidade, foram apresentados aos vários parceiros do grupo de trabalho, bem como à professora orientadora do estágio, de maneira informal os resultados do diagnóstico de situação e quais as atividades a desenvolver na comunidade. Neste contexto, foi solicitada a colaboração para a realização Dia 7 de dezembro 2017 às 09h30 na casa do povo local a toda a comunidade para um momento de partilha e conhecimento onde foram apresentados à comunidade as principais conclusões do diagnóstico de situação.

Esta apresentação foi efetuada em formato *power point* e foi programada para 30 minutos. Foi convidada toda a população através de um cartaz e as entidades sociais tais como os responsáveis pela Junta de Freguesia e do centro de dia da comunidade e população alvo foram convidadas através de um convite (Apêndice IV). Estes convites foram entregues de forma personalizada, pela mestrande, uma vez que foi quem aplicou os questionários à população.

A GNR foi convidada a fazer parceria nesta iniciativa, com a divulgação de técnicas de combate a burlas junto dos idosos.

Foram distribuídos cartazes pelos locais públicos da comunidade como um convite dirigido a toda a população. Existem programadas várias atividades na comunidade, em contexto do projeto anterior da equipa de saúde que presta cuidados na comunidade com a existência de vários ateliers, tais como nutrição e exercício físico. Esta intervenção pretende incentivar os idosos mais sedentários e isolados a integrarem-se nas atividades junto com os que já participam.

Também foram definidas as datas de realização das sessões de estimulação cognitiva com o nome “Positivamente...” com a psicóloga que colabora com a USF tendo ficado acordado o dia 18/12/2017 para iniciar as mesmas (Anexo III).

Recursos humanos:

- Enfermeiro Tutor, e restante equipa de saúde;
- Idosos com 65 ou mais anos a residir na Freguesia;
- GNR que colabora com a comunidade;
- Professora de educação física;
- Nutricionista;
- Alunos do 1º ciclo da escola da comunidade e respetivas professoras.

Recursos materiais:

- Casa do Povo da Freguesia;
- Computador, projetor multimédia e tela;
- Convite para as sessões a realizar;
- Alimentos para realização do lanche no dia das sessões formativas;
- Folhetos informativos para entregar aos participantes;
- Decoração do auditório.

2.8. Execução

Neste capítulo são discriminadas as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio, tendo em conta os objetivos definidos anteriormente. As atividades foram dirigidas aos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade, aos profissionais que cuidam destes idosos e à comunidade em geral. Estas atividades foram realizadas/planeadas em colaboração com o enfermeiro Tutor e restantes elementos da equipa de saúde da comunidade.

Os parâmetros, descritos segundo Tavares (1990) descrevem “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível o objetivo que pretende atingir e eventualmente o custo da atividade.” (p. 169)

Foram realizadas as atividades promotoras de saúde segundo os objetivos propostos no projeto “Envelhecer em Segurança – Envelhecer com autonomia”, nomeadamente:

- **A apresentação dos resultados do estudo, sessões de exercício físico, nutrição, prevenção de roubos e burlas.**

Foi realizada uma reunião com as professoras da escola básica para apresentar o projeto e pedir a sua colaboração para em conjunto com os alunos participarem no encontro entre gerações, alunos e idosos da comunidade.

Realizaram-se contactos no sentido de informar o Sr. Presidente da Junta de Freguesia e o Sr. Presidente da Casa do Povo da comunidade sobre o projeto em execução e conseqüentemente, solicitar um espaço para realização das atividades planeadas.

Também foram convidadas a participar no momento de convívio a Professora de ginástica e a Nutricionista que habitualmente colaboram nas atividades da comunidade. Ambas aceitaram colaborar no projeto.

Foi realizado o cartaz de divulgação do programa, com a colaboração do enfermeiro Tutor, e colocado em locais estratégicos da comunidade. Foram realizadas as respetivas formalidades, com convites personalizados à população da amostra e parceiros da comunidade.

A divulgação dos resultados do estudo realizado sobre os riscos de violência nos idosos foi realizada durante o convívio na Casa do Povo da comunidade.

Foi realizada uma sessão de esclarecimento sobre a prevenção de violência no idoso, dirigida aos idosos, profissionais de saúde, professoras e crianças, no dia da promoção da saúde e segurança com a colaboração da GNR, que realizou uma sessão sobre Burlas ao Idoso. Nesta sessão foi projetado um filme acerca da temática e foram entregues folhetos informativos aos participantes.

Um dos princípios do envelhecimento ativo, diz que o envelhecimento não acontece sozinho, isolado, mas numa sociedade, entre amigos, família, vizinhos e entre gerações (crianças, jovens, adultos e idosos) que partilham significados, conhecimentos e experiências entre eles. Os jovens de hoje são os idosos de amanhã e existe necessidade de educá-los e responsabilizá-los neste processo de partilha e apoio mútuo (OMS, 2005).

O encontro intergeracional envolveu a realização de uma aula de ginástica conjunta, direcionada para a prevenção de lombalgias em que todos participam, com intervenção da professora de educação física da comunidade. A aula realizada teve o objetivo de incentivar e motivar os idosos na otimização e manutenção funcional dos mesmos uma vez que no diagnóstico de situação, foram identificados défices a nível da mobilização (limitações físicas/dores/artroses).

O exercício físico reforça a musculatura, diminui a dor e permite o convívio uma vez que junta várias pessoas. O que se pretende é que a população idosa se mantenha ativa e com melhor qualidade de vida.

Por ser época natalícia, foi explicada a receita do “bolo rainha” com ingredientes mais saudáveis e foi dado a provar, com a intervenção da nutricionista, uma vez que uma alimentação equilibrada interfere com uma boa saúde.

Participaram na sua maioria idosos que habitualmente já participam nas diversas atividades da comunidade. A população da amostra teve uma menor participação, ainda assim, compareceram nove idosos (os), o que foi positivo, uma vez que são idosos com hábitos e costumes difíceis de mudar, numa comunidade rural envelhecida, com muitas limitações físicas e monetárias.

Por fim juntaram-se idosos (algumas das senhoras pertencem ao grupo coral feminino da comunidade), crianças e um músico convidado a cantar modas alentejanas.

A partir deste encontro foi feito um convite ao grupo coral feminino e às crianças para cantarem num programa sobre prevenção de violência sobre os idosos, que decorreu na cidade alentejana da comunidade organizado pela GNR e outros. Foram momentos dinâmicos e interativos.

- **Realização de sessões de estimulação cognitiva.**

A Psicóloga que colabora com a equipa da USF disponibilizou-se para intervir nesta população de forma a contribuir para uma maior capacitação dos idosos da comunidade. Foram realizadas reuniões relevantes para a intervenção no grupo. Foi reiniciado o ateliê de estimulação cognitiva a que foi dado o nome “Positivamente...”. Participaram dez idosas na primeira sessão que, uma vez motivadas, vieram a revelar interesse em dar continuidade à atividade.

- **Informar os profissionais do centro de dia da comunidade sobre a gestão de fatores de risco de violência nos idosos.**

Após reunião com os responsáveis pelo Centro de dia da comunidade, uma vez que é o local onde vários idosos da comunidade permanecem diariamente, estes acharam pertinente a temática e concordaram com a realização de uma sessão de educação para informar os profissionais que aí trabalham, sobre a gestão de fatores de risco de violência contra os idosos. Esta instituição recebe idosos da comunidade, bem como as suas famílias, como tal, os profissionais devem estar despertos para as dificuldades/problemas que envolvem estas pessoas e saber como agir no dia-a-dia perante situações em que existe violência. Estas situações podem acontecer entre o idoso e familiares, entre o idoso e outro idoso, entre o idoso e o profissional que cuida e vice-versa.

Todos os profissionais foram recetivos e referiram que é importante ter conhecimento sobre a temática, pois só assim se poderá agir em conformidade, com benefício para todos.

- **Sessão de esclarecimento sobre a violência contra o idoso, nomeadamente sinais e sintomas, e divulgação do resultado do estudo efetuado na comunidade aos profissionais de saúde da USF de que faz parte a extensão de saúde onde se realizou o estágio.**

O enfermeiro tutor, como responsável da USF de que faz parte a extensão de saúde da comunidade que participou no estudo, concordou com a divulgação dos resultados e com a importância do tema a abordar, uma vez que os profissionais de saúde são os mais próximos e com maior conhecimento da comunidade, os seus hábitos e costumes.

Esta sessão de esclarecimento permitiu trocar ideias entre os envolvidos e todos concordam que é um tema difícil de tratar, notificar e encaminhar. Participaram na sessão 80% dos enfermeiros da USF.

Torna-se importante conhecer os sinais, de forma a prevenir ou mesmo encaminhar as vítimas de violência. Cada vez mais são os profissionais de saúde os primeiros a detetar as situações de risco. A DGS (2014) publicou um documento técnico, intitulado Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde, que foca com particular atenção a questão da violência em todas as idades.

“Este é um instrumento de trabalho que visa: reforçar as competências dos profissionais de saúde na resposta ao fenómeno da violência interpessoal; explicitar um conjunto de princípios de boa prática; estabelecer árvores de decisão e fluxogramas de atuação, no que respeita à deteção do risco e à gestão e encaminhamento dos casos sinalizados; rentabilizar os recursos existentes e promover a mudança gradual no paradigma da intervenção da saúde no fenómeno da violência, privilegiando uma lógica de atuação mais focada na prevenção da ocorrência de atos violentos do que na reparação das lesões subsequentes.” (p. 18)

- **A realização de um folheto informativo sobre a temática, a publicar no boletim informativo da comunidade.**

De acordo com a equipa de saúde foi realizado um folheto informativo (Apêndice V) sobre a violência nos idosos, a publicar no Boletim informativo da

comunidade, meio de comunicação por excelência no seio da comunidade, o que fará com que a informação chegue a todos os da comunidade.

- **Negociações e contactos para colaboração na realização da Feira da Saúde em junho de 2018.**

Foi realizada a primeira reunião entre parceiros para planear a Feira da Saúde, a realizar em junho de 2018 nesta comunidade rural alentejana, que contará com um momento de teatro com a peça “Conversas de fim de tarde”, e várias palestras para informar e capacitar a comunidade para diversos temas, entre os quais a prevenção de violência sobre os idosos. Estar presente foi uma mais-valia para a mestranda, por mais um momento elucidativo de como o planeamento em saúde se processa, de verificar o empenho dos diversos profissionais, e acima de tudo confirmar que é o enfermeiro que programa, coordena, tem um grande conhecimento da comunidade e de quais as prioridades. É o elo entre todos os cooperantes e a comunidade. Ainda e no decorrer do estágio foi elaborado um artigo com o tema “Violência nos idosos a importância da prevenção” baseado nos resultados obtidos na realização do diagnóstico de situação (Apêndice VI).

2.9. Avaliação

Segundo a OMS (1981) citado por Tavares (1990) a avaliação é “uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente”. Esta pode ser de curto prazo (constituída através dos indicadores de processo que serviram para atingir metas) ou de médio prazo (que tem por base os objetivos fixados segundo o resultado a cumprir). A “função primeira da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.” (Tavares, 1990, p. 205).

A avaliação é a última fase do planeamento, no entanto o mesmo deve ter continuidade e dinamismo, pois segundo Imperatori e Giraldes (1993) “terminada a avaliação haverá que voltar à primeira fase do planeamento, atualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.” (p. 30)

A avaliação recai sobre os indicadores de execução, em que se avaliará o número de atividades executadas face as planeadas e o número de participantes face a população existente que participam nas mesmas.

Em relação aos indicadores de resultados, torna-se precoce realizar uma avaliação neste momento, pois a temática requiere tempo para mobilizar conhecimentos e atitudes, e o projeto não termina aqui, terá de ter continuidade e acompanhamento pela equipa de saúde, continuando a dinamiza-lo e a reformula-lo sempre que se torne necessário.

Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e de saúde pública promover a mudança de comportamentos nos idosos com ganhos em saúde.

2.9.1. Avaliação das atividades realizadas

A avaliação foi realizada no final das atividades realizadas para cada objetivo específico e metas /atividades realizadas de forma a refletir os resultados com o objetivo geral: promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural alentejana no âmbito do envelhecimento ativo e seguro e continua promoção da saúde.

Para atingir este objetivo será preciso tempo, continuar a realizar vários programas sobre o tema, mas pode dizer-se que todas as atividades /metas a atingir foram concretizadas com a colaboração de todos os intervenientes.

Objetivo Geral		Avaliação
Objetivos Específicos	Indicadores e Metas	
Promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural alentejana no âmbito do envelhecimento ativo e seguro e contínua promoção da saúde.		
Informar os idosos da comunidade sobre fatores de risco de violência	Divulgação dos resultados do estudo realizado a pelo menos 10% da amostra da população alvo. Informação sobre riscos de violência nos idosos, a 50 % da comunidade, até junho de 2018.	Atingido Em execução
Informar os profissionais do centro de dia da comunidade sobre a gestão fatores de risco de violência nos idosos	Informação sobre a gestão de riscos de violência nos idosos, em pelo menos 80% dos profissionais do centro de dia da comunidade estudada.	Atingido
Informar os profissionais de saúde da USF da comunidade sobre os fatores risco de violência nos idosos da população alvo	Divulgação dos resultados do estudo sobre violência nos idosos, em 80% dos enfermeiros da USF, até janeiro de 2018.	Atingido
Informar a comunidade em geral sobre os fatores de risco de violência nos idosos	Divulgação dos resultados do estudo realizado a pelo menos 20% das crianças da comunidade que frequentam o 1º ciclo da escola básica.	Atingido
	Divulgação dos resultados do estudo realizado a pelo menos, 80% dos professores que ensinam na escola básica da comunidade.	Atingido
Incentivar a prática de atividade física nos idosos da comunidade e a frequentar aulas de estimulação cognitiva	Realização de sessão de exercício físico para prevenir lombalgias.	Atingido
	Realização de sessão sobre nutrição.	Atingido
	Realização de sessão de estimulação cognitiva.	Atingido

Também se conseguiu introduzir a temática sobre violência nos idosos na feira da saúde, que decorre em junho de 2018, um acontecimento que juntará pessoas de toda a comunidade, através de uma peça de teatro e palestras uma vez que informar toda a população é capacitar as pessoas para cuidarem de si. Irá ser publicado um pequeno

folheto informativo sobre a temática no Boletim da Comunidade que participou no estudo, o que permitirá que a informação chegue a todas as pessoas da Comunidade.

3 REFLEXÃO CRÍTICA: O ESTÁGIO E A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMO ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo do relatório de estágio serão evidenciados os aspetos mais importantes com uma reflexão sobre os mesmos.

O estágio a que este relatório se refere decorreu na comunidade, no período de 29 de setembro de 2017 a 31 de janeiro de 2018.

No decorrer do estágio foram realizadas várias intervenções do foro comunitário para capacitar a população idosa rural alentejana, na prevenção da violência com base nos resultados do Diagnóstico de situação da População com 65 ou mais anos.

Estima-se que 4 a 6% das pessoas idosas que residem em domicílio próprio são vítimas de violência valor que estará aquém da realidade (DGS, 2016). A violência é reconhecida, em todas as suas dimensões, como um preocupante problema de Saúde Pública, com impacto negativo na vida dos cidadãos originando graves problemas de saúde. Por isso justifica-se a tomada de iniciativas no panorama do Sistema de Saúde, numa perspetiva de melhorar os modelos organizativos dos serviços e desenvolver a qualificação dos profissionais para responderem rápida e adequadamente a este fenómeno. Assim e neste âmbito, a Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume um papel de vital importância, uma vez que os profissionais desta área são, por excelência, detentores de competências que lhes permitem responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública, desenvolvendo programas/projetos de intervenção com vista ao empoderamento das comunidades e ao exercício da cidadania.

É também o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no âmbito das suas competências específicas, que realiza a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos

objetivos do Plano Nacional de Saúde; realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica (OE, 2010).

A concretização destas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros envolveu todo o processo de planeamento nas suas múltiplas etapas: foram definidas as prioridades, formulados os objetivos e estratégias face às necessidades em saúde encontradas, foi planeado um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e realizada a avaliação das atividades desenvolvidas. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. As necessidades identificadas tendo por base dados quantitativos foram analisados e organizados. A aquisição desta competência iniciou-se com a Unidade Curricular Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, cuja finalidade se prendia com a realização de um diagnóstico de situação a partir da identificação de fatores de riscos de violência sobre os idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural no Baixo Alentejo. Perante o diagnóstico de situação da comunidade em estudo foi considerada prioritária a intervenção na prevenção e combate ao isolamento social, procurando minimizar a solidão, tristeza, ansiedade e medos, promovendo a literacia sobre os fatores de risco da violência nos idosos. Os profissionais de saúde são detentores de uma posição singular para o rastreio, diagnóstico, tratamento e referência de situações abusivas.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de Saúde Pública ao reconhecer as necessidades dos idosos e suas famílias irá determinar quais as intervenções mais adequadas a todo o grupo. As sessões de educação para a saúde são uma das estratégias que o enfermeiro deve utilizar no sentido de sensibilizar para a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis por parte da comunidade.

Logo como forma de incentivar os idosos à participação nas atividades já desenvolvidas na comunidade, considerou-se pertinente reforçar a importância das mesmas para um envelhecimento ativo, saudável e seguro, reduzindo o tempo que passam sozinhos e sem qualquer atividade diminuindo a sua vulnerabilidade.

Em Portugal, e de acordo com o Plano Nacional de Saúde, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, é importante

“...contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência, tendo como objectivo geral: obter ganhos em anos de vida com independência.” (DGS, 2006, p. 14).

O conceito de envelhecimento ativo surge como pilar para a sustentabilidade da problemática que o aumento dos idosos trouxe à sociedade, definido como “o processo que consiste em otimizar as possibilidades de boa saúde, de participação e de segurança a fim de aumentar a qualidade de vida durante a velhice.” (OMS citada em Lopes 2007, p. 66).

De acordo com o que foi referido anteriormente Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades para que com os seus próprios meios possa atuar na gestão e controlo da sua saúde. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Para execução do projeto foram contactadas as várias entidades/parceiros da comunidade para dar a conhecer o projeto e para que participassem no mesmo pois trabalhar em parceria permite obter informações que se complementam enriquecendo os conteúdos e de seguida foi elaborado o programa, cartazes e convites.

A sessão planeada decorreu no dia 7 de dezembro de 2017 durante a manhã de forma a não alterar em muito as rotinas da comunidade num encontro intergeracional.

Compareceram idosos que tinham participado no estudo, assim como outros idosos que habitualmente frequentam os ateliês que estão a decorrer na comunidade, as crianças da comunidade com as respetivas professoras, e outros adultos. Os resultados do diagnóstico de situação (Apêndice V) foram apresentados pela mestranda na primeira fase do programa uma vez que era este o principal argumento para o encontro e por decisão unânime do grupo de trabalho.

Os enfermeiros têm um papel principal na promoção da Saúde, uma vez que podem assumir o papel de mediadores dos diferentes interesses da sociedade, intervir

concreta e efetivamente na comunidade, estabelecendo prioridades, delineando estratégias, tomando decisões no conjunto da equipa multidisciplinar, sempre com o objetivo de obter boa Saúde para todos (Almeida, 2004).

No final da apresentação da sessão foram partilhadas opiniões sobre o assunto da violência sobre os idosos em que todos participaram. Foi passado um pequeno filme dirigido as crianças sobre o tema e também estas participaram.

De forma a fazer promoção de hábitos de vida saudável em qualquer idade foi realizada uma aula de exercício físico sobre prevenção de lombalgias em que todos os intervenientes participaram, desde os mais idosos, as crianças, o que revelou um momento muito interessante de convívio da comunidade, que era o que se pretendia.

Também foi realizada uma sessão de promoção de alimentação saudável, onde foi realizada uma demonstração sobre a confeção do bolo rainha, pela nutricionista que ensina habitualmente no ateliê sobre nutrição saudável, uma vez que este bolo é mais saudável que o bolo-rei, e por ser época natalícia. Todos provaram os bolos apresentados para apreciação. O facto de a sala estar preenchida com pessoas de todas as idades foi bastante gratificante. A educação ao longo da vida e no envelhecimento é considerada um instrumento fundamental para uma velhice bem-sucedida. Quando o idoso se informa, está atento e aprende o que é importante para uma melhor qualidade de vida estará mais capacitado para exercer a sua cidadania neste mundo onde ocorrem mudanças frequentemente, para que assim consiga expressar as suas necessidades, lutar pela resolução de seus problemas, e ainda fazer como que escutem em suas propostas. O próprio idoso, ao ter consciência de seu espaço na sociedade, terá de si mesmo uma visão mais otimista, considerando-se, produtivo, útil, capaz de colaborar significativamente para a sociedade na qual está inserido.

Durante um intervalo para o lanche para o qual todos contribuíram, verificou-se uma empatia entre todos e opiniões positivas em relação aquele momento de partilha e a importância de falar sobre situações difíceis, mas que devem ser faladas. Alguns idosos não compareceram por estarem adoentados ou por estarem de luto.

De seguida seguiu-se uma sessão informativa sobre burlas e furtos, esclarecimento sobre meios de prevenir essas situações, com filme esclarecedor sobre o tema. Foram entregues folhetos informativos a todos. A colaboração da GNR foi uma mais-valia, pois mostraram sempre disponibilidade total para colaborar, estavam preparados para este tipo de intervenções na comunidade uma vez que o fazem habitualmente dentro do projeto Programa Apoio 65 – Idoso em Segurança. As pessoas da comunidade conhecem estes profissionais e o seu trabalho. Para a mestranda foi uma boa surpresa conhecer esta realidade.

A adesão a esta iniciativa vai de encontro ao conhecimento que esta equipa de saúde transmite aos seus utentes, uma vez que tenta sempre envolver a população nas várias atividades realizadas em contexto do projeto anteriormente mencionado, “Aldeias amigas das pessoas idosas”. Apresentam-se receptivos a encontrar formas de capacitar e envolver os idosos num envelhecimento ativo, com as várias intervenções em que se envolvem dando continuidade ao projeto.

Durante o estágio a mestranda percebeu o envolvimento e confiança que existe entre profissionais de saúde e utentes, nas visitas ao domicílio, nas idas ao centro de dia para vigilância dos idosos, vacinação, acompanhamento das grávidas e crianças ao longo do ciclo de vida, na vigilância dos utentes hipertensos, diabéticos e obesos.

O resultado do diagnóstico de situação realizado no estágio anterior veio mostrar que os idosos vivem isolados, com uma perceção pouco satisfatória da sua saúde olhando o envelhecimento de forma negativa devido a perda de capacidades. Foi importante transmitir aos idosos que são uma mais-valia para a sociedade, e que ao participarem, manterem-se informados, também é uma maneira de se defenderem.

Todos os presentes mostraram interesse no tema, da violência sobre os idosos e quais os fatores de risco. Os profissionais de saúde têm um papel essencial no desenvolvimento de ações preventivas, de sensibilização e formação de outros profissionais, de forma a capacitar para capacitar, assim como de educar para a saúde, a nível comunitário, conforme preconizado deveriam:

Incluir na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde aspectos relacionados com a prevenção, detecção precoce e cuidados integrais a vítimas de violência.

Ser dada especial ênfase à formação em competências relacionadas com a diversidade cultural e os distintos contextos de vulnerabilidade para situações de maus tratos.

Realizar reuniões de discussão clínica multi e interdisciplinares sobre casos reais que tenham sido alvo de intervenção no serviço.

Efetuar reuniões de trabalho com profissionais de outras instituições, em particular da ação social, justiça, educação e forças de segurança.

Divulgar estratégias de detecção, avaliação e atuação em casos de crianças e jovens que presenciem violência doméstica.

De acordo com que está referido anteriormente, também foram realizadas sessões de educação aos profissionais do Centro de dia da comunidade (Apêndice VII) e aos enfermeiros da USF (Apêndice VIII) onde se realizou o estágio, já referidas anteriormente. Em ambas as situações foram partilhadas experiências, esclarecidas dúvidas e de acordo com os discursos dos formandos foi uma mais valia falar neste assunto, pois sendo esta uma comunidade em que pairam muitos fatores de risco tais como: uma elevada densidade de população idosa, um capital social cultural e economicamente pobre, vínculos sociais escassos, jovens desempregados, isolamento social e tráfico de drogas, acabam por ser vulneráveis ao fenómeno da violência.

Finalmente foi realizado um momento musical com a participação do grupo coral feminino da comunidade constituído por algumas idosas, junto com as crianças e um enfermeiro que também canta e que se disponibilizou para participar neste encontro comunitário.

A colaboração e disponibilidade dos vários profissionais que prestam cuidados nesta comunidade são muito estimulantes, pois permitiu à mestranda observar na prática

a colaboração multidisciplinar com o objetivo de manter a população idosa ativa e capacitada. Os enfermeiros têm o papel essencial na promoção da saúde, uma vez que assumem o papel de intermediários e intercedem efetivamente com o objetivo de acompanhar a saúde da comunidade onde intervém (Almeida, 2004).

A deficiência cognitiva é um dos fatores de risco para a perda de capacidades e independência no envelhecimento, logo é algo que se deve retardar o mais possível. De acordo com o enfermeiro Tutor do estágio já anteriormente tinha existido um ateliê de estimulação cognitiva.

Foram retomadas as sessões de estimulação cognitiva em que participaram dez idosas. A sessão inicial teve como objetivo avaliar os défices das senhoras. O objetivo é aliciar mais pessoas idosas para além das que já participam nas atividades realizadas.

O responsável do centro de dia numa reunião entre os pares sugeriu a possibilidade de juntar as Sras. psicólogas, do centro de dia e da USF de forma a dinamizar as sessões de estimulação cognitiva e incentivar mais pessoas a participar.

É importante evidenciar que todas as intervenções planeadas foram realizadas, bem como avaliadas. Existe a perceção que neste relatório não é possível medir os ganhos em saúde (impacto) resultantes das intervenções, mas foi dado um contributo importante no incentivo para adoção de estilos de vida saudáveis, para que as pessoas da comunidade se mantenham mais saudáveis e capacitadas, para no futuro serem idosos menos vulneráveis.

O objetivo geral deste trabalho não será avaliado quantitativamente, pela impossibilidade de avaliar o peso das atividades desenvolvidas a médio e longo prazo. No entanto, presume-se que as atividades irão servir como um contributo para a mudança de comportamentos, que irá capacitar o indivíduo, responsabilizando-o pela sua saúde e poderá trazer benefícios para o mesmo, promovendo uma melhoria da qualidade de vida e minimizando problemas ou complicações que possam surgir, permitindo que se mantenha ativo e autónomo por mais tempo. Este é apenas o início de um processo que trará ganhos em saúde aos idosos com 65 e mais anos. Esta USF é muito dinâmica o que será benéfico para a comunidade, mas esta também terá de

colaborar e muitas vezes as questões culturais e sociais dificultam a adesão a boas práticas de maneira a tornar a população idosa menos vulnerável.

Sendo a mestranda enfermeira generalista a prestar cuidados numa unidade de cuidados intensivos desde sempre, conhece bem a realidade de saúde de muitos utentes em idade adulta e idosos que acabam nesse serviço na maioria dos casos por maus hábitos adquiridos durante toda a vida.

Logo torna-se pertinente que como enfermeira em cuidados diferenciados sinta necessidade de mudar e procurar atuar noutra área e adquirir competências como enfermeira especialista de saúde comunitária e de saúde pública, pois como Pinhel (2006) refere, os profissionais de saúde ao participarem no planeamento e gestão dos serviços de Saúde a nível local, podem estimular a população a adquirir mais confiança na sua capacidade de tomar sobre si o encargo do desenvolvimento da própria saúde e exercerem uma influência positiva sobre a população porque educam e prestam informações claras, fundamentadas sobre as consequências favoráveis ou desfavoráveis de certos comportamentos e modos de vida.

Para finalizar a mestrada sente que adquiriu os conhecimentos pretendidos, e que num futuro próximo poderá dar continuidade na prática aos mesmos, de maneira a ter um desempenho competente na área dos cuidados de saúde primários.

CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno atual da nossa sociedade que vem determinar novas necessidades em saúde pelo que é fundamental que se esbocem estratégias para responder a este desafio de forma a minimizar as implicações sociais, políticas e económicas. O envelhecimento é um processo que ocorre naturalmente em todos os seres humanos, o que se caracteriza por alterações físicas, sociais e psicológicas que variam de indivíduo para indivíduo.

A realização deste relatório, resultado de todo o trabalho realizado durante o percurso académico do Curso de Mestrado em Enfermagem da Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, teve como objetivo que o enfermeiro e futuro especialista em Enfermagem Comunitária seja capaz de tomar decisões competentes e fundamentadas, respeitando as prioridades e traduzindo a sua atuação numa prestação de cuidados de elevado nível de qualidade.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária possui conhecimentos científicos e técnicos adequados e atualizados para prestar cuidados de saúde ao mais alto nível. Perante uma sociedade cada vez mais exigente no que respeita à qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros que desenvolvem a sua prática centrada na comunidade devem responder adequadamente às carências e necessidades detetadas proporcionando ganhos em saúde.

Para atingir esta meta foi necessário colocar em prática as competências, adquiridas em contexto teórico, de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, com o suporte e apoio de uma equipa de saúde de uma comunidade rural no Baixo Alentejo, onde foi realizado o estágio.

A evidência científica mostra que do ponto de vista funcional, quanto mais ativo for a pessoa idosa, maior será o seu grau de integração social. Neste sentido, uma das grandes metas para a saúde é o de oferecer cuidados de saúde que tenham em conta as dimensões biopsicossociais dos idosos.

Foram efetuadas todas as fases do planeamento em saúde, realizado o projeto “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia” e realizadas intervenções, que de acordo com George (2014) são importantes para o desenvolvimento de estratégias eficazes de atuação que permitam evitar as ocorrências, desenvolver boas práticas na prestação de cuidados quando acontece violência, bem como prevenir as recidivas. Torna-se importante evitar a vitimização das pessoas maltratadas e promover a reabilitação de quem as agride. A redução do atual flagelo de violência e maus tratos implica o estudo daquelas práticas no interesse dos cidadãos, das famílias e das comunidades. Foi realizado o diagnóstico de situação, a partir da avaliação dos fatores de risco de violência sobre idosos com 65 e mais anos a viver na comunidade. A comunidade onde foi realizado o estudo é muito envelhecida, os idosos vivem com outros idosos ou sozinhos, com múltiplos problemas de saúde, baixos recursos económicos e longe dos restantes familiares, inclusive dos filhos. Neste contexto, o diagnóstico de situação veio revelar fatores de risco que deixam o idoso vulnerável a situações de violência.

A segurança das pessoas é um contributo para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer organização de saúde, logo e de acordo com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, devem ser implementadas intervenções ao nível dos cuidados de saúde primários, que envolvam a participação e adesão dos profissionais, na área da prevenção de violência sobre os idosos. Atendendo ao envelhecimento da população e às necessidades em saúde da população idosa onde se realizou este estudo, é fundamental avaliar o risco de cada pessoa de sofrer qualquer tipo de violência e intervir através de medidas de prevenção do risco para reduzir a incidência de violência, obtendo-se ganhos individuais, organizacionais, sociais e económicos.

As intervenções devem integrar o projeto de prevenção de violência, apoiado nas conclusões deste estudo e nos fatores de risco identificados, envolvendo a equipa interdisciplinar e a comunidade em geral, através de parcerias.

A educação para a saúde é uma estratégia que deve estar presente, de forma a capacitar os idosos a desenvolver competências que lhes permita prevenir situações de

violência, através da gestão dos fatores de risco que podem ser alterados. O sucesso na área da prevenção de violência só é possível com o envolvimento dos idosos, de entidades públicas e privadas, dos profissionais, dos meios de comunicação e da sociedade.

A DGS tem publicadas normas nesta área, logo é prioritário que às instituições de saúde realizem intervenções para a prevenção e intervenção em situação de violência.

Conhecer todo o trabalho realizado pelos profissionais de saúde na comunidade, foi interessante. O envolvimento entre enfermeiro e utente requer trabalho, atenção e conhecimento, para que resulte numa relação de confiança.

A violência sobre a pessoa idosa é um tema difícil e delicado, o profissional de saúde deverá ter formação na área para assim conseguir abordar o assunto. O apoio do enfermeiro Tutor tornou-se imprescindível no contacto com as pessoas inquiridas durante o estudo, pois existe um conhecimento e respeito entre todos na comunidade.

Conhecer a realidade da violência sobre pessoas idosas no mundo e em Portugal foi difícil de entender, no entanto acontece e vê diariamente na comunicação social.

Ficou claro que não é um tema fácil de falar e tratar, a maior parte das situações acontecem no meio da família, as pessoas idosas, por vergonha, medo, ou vulnerabilidade não denunciam e nem aceitam falar do assunto.

O enfermeiro tem uma relação privilegiada com os utentes, um papel determinante na promoção da mudança de atitudes e comportamentos, deve compreender o ambiente em que o utente habita e quais os seus estilos de vida e comportamentos de saúde. Quando os idosos estão em situação de maior vulnerabilidade, o enfermeiro deve focar a sua intervenção na recuperação ou manutenção das capacidades existentes, promovendo o seu bem-estar e aproveitando as oportunidades para o desenvolvimento das suas potencialidades.

Conseguir ampliar o leque de competências, com vista o desenvolvimento de cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi importante para o percurso profissional que se pretende alcançar. Os cuidados de saúde diferenciados, onde o alvo dos cuidados é o indivíduo, foi sempre uma realidade para a mestranda, assim a frequência deste curso de mestrado e especialização foi um verdadeiro desafio, na medida em que a prática é orientada para a comunidade como cliente.

A realização do trabalho trouxe dificuldades, nomeadamente no que respeita ao período temporal destinado à elaboração dos objetivos e à implementação do projeto. Conciliar as horas de estágio com o horário de trabalho e, por sua vez, aliar as responsabilidades familiares com o trabalho foi difícil, mas foi uma escolha da mestranda. O relatório permitiu analisar de forma objetiva e refletir sobre as atividades desenvolvidas e as experiências adquiridas no processo de formação. A aquisição de novas competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem Comunitária e de saúde pública é objetivo superado, no entanto a mestranda tem perfeita consciência de ainda existe um longo percurso a seguir.

A análise reflexiva efetuada de todo o percurso revelou-se enriquecedora, na medida em que contribuiu para uma consciencialização e conhecimento sobre o tema da violência sobre idosos, do papel do enfermeiro na prevenção deste problema e das capacidades adquiridas. No que se refere ao trabalho desenvolvido, foram atingidos os objetivos delineados para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Para tal também foram importantes os contributos da professora orientadora, bem como dos elementos da equipa da USF e dos parceiros sociais, no entanto a mestrada reconhece que ainda existe muito a aprender de forma a aperfeiçoar e arrumar todo o conhecimento adquirido.

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem da Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi uma experiência de grande aprendizagem e satisfatória o nível profissional e pessoal, pois é a prova de que o conhecimento não ocupa espaço e de que existe sempre mais a aprender.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. Prevenção em saúde. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol. 23, n.º 1 — janeiro/junho 2005.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). Estatísticas APAV: Relatório Anual 2014, retirado de <http://apav.pt/>, em maio de 2017.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2016). Estatísticas APAV: Relatório Anual 2016, retirado de <http://apav.pt/>, em maio de 2017.
- Bandura, A. (1973). *Agressão: uma análise de aprendizagem social*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bernal, A., & Gutiérrez, B. (2005). *Malos tratos a persona mayores: Guía de actuación*. (Ministério do Trabalho e dos Assuntos Sociais). Madrid: Artegraf, retirado de <http://www.copib.es/pdf/imserso-malostratos-01.pdf>, em maio de 2017.
- Berzins, M., & Watanabe, H. (2005). *Violência Contra Idosos: do invisível ao Visível. Velhice, envelhecimento e complexidade*. São Paulo: Vetor Editora.
- Caldeira, E. Pires, A. Casas-Novas, V. Gato, A. Arco, A. Belo, A. Canais, E. (2018). Guia orientador do estágio final. Documento de orientação ao estágio final no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem, Área De Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (Documento não publicado). Escola Superior de enfermagem S. João de Deus; Instituto Politécnico de Beja (Escola Superior de Saúde); I.P Portalegre (Escola Superior de Saúde);I.P. Setúbal (Escola Superior de Saúde);I.P. (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).

Costa, M. (2006). *Cuidar. Idosos*. 2ª ed. Coimbra: Editora Formasau.

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978). *Declaração do Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, retirado de <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>, em 15 de fevereiro de 2017.

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: 1.ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, retirado de http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm, em 15 de fevereiro de 2017.

Diário de Notícias. (2018). *OMS. Portugal é um dos cinco países da Europa que pior trata os idosos*, retirado de <https://www.dn.pt/portugal/interior/portugal-esta-nos-cinco-paises-da-europa-que-pior-trata-os-idosos-estudo-9139937.html>, em 20 março de 2018.

Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Sociologia, I Serie, Vol. 15, p.249 – 273.

Dinesh, S. (2011). *European Report on preventing elder maltreatment*. World Health Organization, retirado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf, em maio de 2017.

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril – Regulamento para a Prática Profissional do Enfermeiro. Lisboa: Ordem do Enfermeiros retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_EstatutoOE_2011.pdf, em 30 de abril de 2017.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março (2006). Estabelece normas para obtenção do grau de Mestre. Diário da República I Série A, nº 60, (p. 2246-2248), retirado de https://dre.pt/web/guest/legislacao/lc/75316582/201705101508/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_, em dezembro de 2017.

Decreto-Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro – Estatuto do Enfermeiro. Diário da República Eletrónico, 1.ª série, n.º 160, 6528-65, retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Lei_11109_16_Setembro_EstatutoOE.pdf, em 10 de Junho de 2017.

Direção Geral de Saúde (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. retirado de <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacionalde-saude/programas-nacionais/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>, em 19 de outubro de 2017.

Direção Geral de Saúde (2014). Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde, retirado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude.aspx>, em 19 de outubro de 2017.

Direção Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral de Saúde retirado de <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacloud.com/files/2015/06/PlanoNacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>, em 16 de março de 2017.

Direção Geral de Saúde (2016). Violência Interpessoal - Abordagem, diagnóstico e Intervenção nos serviços de saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde retirado de https://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e.../violencia_interpessoal-pdf.aspx, em 20 de março de 2017.

- Elsner, V., Pavan, F., & Guedes, J. (2007). Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? *Revista Ciências do Envelhecimento*. Vol. 4, nº 2, p. 46-56.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para a sistematização de uma visão forense dos maus-tratos, *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Guarda Nacional Republicana (2017). *Programa Apoio 65 Idosos em Segurança*, retirado de <http://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>, em 5 de maio de 2017.
- Gil, A. P. (2014). *Envelhecimento e Violência*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Lisboa, retirado de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/PubEnvelhecimentoViolencia.aspx>, em setembro de 2017.
- George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*, retirado de www.dgs.pt, em 15 de maio de 2017.
- Gomes, I. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio In Lopes, M. (2013). *O cuidado de enfermagem á Pessoa Idosa*. Lusociência: Loures, p. 77-113.
- Gonçalves, E. (2012). Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação.

(Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INPEA - *International Network for the Prevention of Elder Abuse*, consultado em www.inpea.net, em maio de 2017.

Instituto Nacional de Estatística (2003). Projeções para a população portuguesa 2000-2050. Lisboa: INE, retirado de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESTipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107750&PUBLICACOESTema=55466&selTab=tab0, em maio de 2017.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos Portugal: destaque, informação à comunicação social, Censos 2011. Lisboa: INE. Retirado de http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf, em 12 de fevereiro de 2017.

International council of nurses (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*, retirado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008_phc.pdf, em 22 de fevereiro de 2017.

Júnior, N., & Pascal, S. (2007). *Caderno de Violência contra a Pessoa Idosa* (1ª ed.). São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde. Editora - Uni - Repro Soluções para Documentos LTDA.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. P.123–145. Geneve: World Health Organization.

Landenburger, K. & Campbell, J. (2011). Violência e maus-tratos humanos. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*, 7ª edição, 878-905, Lisboa: Lusodidacta.

Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.

Lindenbach, J., Larocque, S., Lavoie, A., & Garceau, M. (2012). Older Adult Mistreatment Risk Screening: Contribution to the validation of a Screening Tool in a Domestic Setting. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 31 (2), p. 235-252.

Lopes, L. (2007). Envelhecimento activo: uma via para o bem-estar. *Forum Sociológico*, nº 17, p. 65-68.

Lopes, M., Escoval, A., Mendes, P., Carvalho, P. & Fonseca, C. (2012). Violência, abuso, negligência e condições de saúde dos idosos: Relatório final. Direção Geral de Saúde, Universidade de Évora, Universidade Nova de Lisboa e Escola Nacional de Saúde Pública.

Lundy, M. & Grossman, S. (2009). Domestic Violence Service Users: A Comparison of Older and Younger Women Victims. *Journal of Family Violence*, 24:5, p. 297-309.

Ministério da Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Ministério da Saúde: Lisboa.

Minayo, M. (2005). Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Secretaria espacial dos direitos humanos. Presidência da República, Brasília, retirado de

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf>, em 12 de setembro de 2017.

Neno, R., & Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard*, Vol. 20, N.º 3, p. 43-47.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: ED.Mosby.

Oliveira, M. & Sani, A., (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições UFP.

Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais* - Revista da Ordem dos Enfermeiros, nº10. 2003, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros retirado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf, em 10 de Junho de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República Electrónico, 2.ª série, n.º 35, 8648-8653. Retirado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf, em 1 de maio de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº128/2011- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ªsérie, nº35, de 18 de fevereiro,8667-8669, retirado em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf, em 01 de maio de 2017.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, retirado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitasaudepublica.pdf>, em março 2017.

Organização Mundial de Saúde (2002) - Envelhecimento activo: uma política de saúde, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, retirado de http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf, em maio de 2017.

Organização Mundial da Saúde (2007) - Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Paschoa, S. M. (2007). *Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais*. São Paulo: Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde.

Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: Pearson Education.

Pillemer, K. (2005). “*Factores de riesgo del maltrato de mayores*”, in Marmolejo II (editora), *Violencia contra personas mayores*. Barcelona: Colección Estudios sobre Violência, p. 18-28.

Pinheiro, M. (2013). Autárquicas 2013: Bloco de Esquerda defende criação de Comissão de Proteção ao Idoso. Retirado de Portal da Tribuna das Ilhas: <http://www.tribunadasilhas.pt/index.php/local/item/6944aut%C3%A1rquicas2013blocodeesquerdadefendecria%C3%A7%C3%A3odecomiss%C3%A3odeprote%C3%A7%C3%A3o-ao-idoso>, em 12 fevereiro de 2017.

Pinhel, M. (2006). *Experiências de cidadania em contexto Comunitário*. (Dissertação de Mestrado em ciências de enfermagem) Porto. Universidade do Porto, retirado de

https://sigarra.up.pt/icbas/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F1892935501/Sumula%202006.pdf em 20 de maio de 2017.

Pinto, O. P. (2005). O que é ser idoso? In: Abreu, M^a C. (Org.). *Vive produtivamente*. Brasília: Líber I.

Plano Nacional de Prevenção e Combate à Violência Doméstica (2014-2017). *Diário da República*, n^o 253, retirado de <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/03/Relatorio-Intercalar-de-Execu%C3%A7%C3%A3o-do-V-PNPCVDG-2014.pdf>, em setembro de 2017.

Ploeg, J. et al (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21 (3), 187-210.

Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*, 15 (10), 472-478.

Portugal, Ministério da Administração Interna - Programa Apoio 65 – Idosos em Segurança - GNR Guarda Nacional Republicana, retirado de www.gnr.pt/default.asp?do=241t4nzn5_r52rpvvnv5/vq1515, em junho 2017.

Santos, A., Ferreira-Alves, J. & Penhale, B. (2011). Prevalence of older adult's abuse and neglect in Portugal: An overview. *Quality in Ageing and Older Adults*, 12(3), 162-173.

Santos, A.Nicolau, R. Fernandes, A. & Gil., A. (2013). *Prevalência da Violência contra as pessoas idosa- uma revisão crítica de literatura*. *Sociologia, problemas e práticas*, 72, 52-57.

Santos, C., & Vieira, D.N. (2014). Abuso e maus-tratos de idosos. In M.T. Veríssimo (Coord), *Geriatría fundamental: Saber e Praticar*. (p.413-421). Lisboa: Lidel.

- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice.* (2ª ed.). Porto: AMBAR.
- Sandmoe, A. & Kirkevold, M. (2011). Identifying and handling abused older clients in community care: the perspectives of nurse managers. *International Journal of Older People Nursing.* 8(2), 1-10.
- Stanhope, & Lancaster, J. (1999) *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos,* 7ª edição, p. 878-905. Lisboa: Lusodidacta.
- Stanhope, M; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População.* Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Títano, M. (2010). *APAV: Manual Titano para o Atendimento de Pessoas Vítimas de Crime -Parte I- Compreender.* Lisboa: APAV.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- World Health Organization (2002). *The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse-* Genébra: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases.* 2010. Genébra: World Health Organization.
- Wolf, R. (2000). *The Nature and Scope of Elder Abuse.* *Generations* 24(2): 6–12.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais.* São Paulo, Artmed Editora.

ANEXOS

Anexo I

Questionário “Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade”

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

1- Data: _____

2- Local: _____

3- Código de Utente: _____

I - Informações Sociodemográficas

1. Caracterização do Idoso:

• País: _____

• Distrito: _____

• Localidade: _____

1.1. Sexo:

• Masculino...

• Feminino ...

1.2. Data de nascimento: ____/____/____

• Idade: _____

• Profissão: _____

1.3. Idade da Reforma: _____

1.4. Estado Civil:

• Solteiro

• Casado

• Separado/Divorçado

• Viúvo

• União de facto

• Outro: Qual? _____

2. Residência B:

• Comunidade

• Comunidade, mas frequenta Centro de Dia

• Lar de acolhimento

2.1. Residência A:

• Vive acompanhado

• Vive só

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

2.3. Com quem vive:

- Marido/Mulher
- Companheiro/Companheira
- Filho/filha
- Irmão/irmã
- Neto/neta
- Outro especifique _____

3. Anos de escolaridade concluídos? _____

Qual o seu rendimento mensal total:

- Menos de 350 euros
- 350 - 550 euros
- 550-750 euros
- 750-1150 euros
- 1150-1350 euros
- 1350-1550 euros
- mais de 1550 euros

II Condições de Saúde

Grupo de Medicamentos (a classificar pelo avaliador)

Psicotrópicos:	Não Sim
Antiácidos:	Não Sim
Anti-inflamatórios:	Não Sim
Diuréticos:	Não Sim

Outros, Quais? _____

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

4. Tem alguma destas doenças crônicas diagnosticada pelo médico(s)?

Doenças pulmonares	Não Sim
Doenças cardiovasculares	Não Sim
Doenças vasculares periféricas (incluindo varizes)	Não Sim
Hipertensão arterial	Não Sim
Diabetes	Não Sim
Doença de Parkinson	Não Sim
Esclerose múltipla	Não Sim
Síndrome pério ou pós pério (fadiga, fraqueza e dores musculares decorrentes da poliomielose)	Não Sim
Câncer ou tumor	Não Sim
Osteoporose	Não Sim
Artrose	Não Sim
Artrite reumatoide	Não Sim
Outros problemas articulares	Não Sim
Fibromialgia	Não Sim
Dependência (álcool, drogas)	Não Sim
Depressão	Não Sim
Neuropatia (problemas sensoriais)	Não Sim
Epilepsia ou perdas de consciência	Não Sim
Síndrome Vertiginosa	Não Sim
Outros problemas neurológicos	Não Sim
Doenças cerebrovasculares	Não Sim

Outras doenças crônicas diagnosticadas pelo médico(s):

--

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

Diagnóstico da Presença de Déficit Cognitivo, A. Minimental state (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)

1. ORIENTAÇÃO

pergunta	errado/certo
Em que ano estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que mês estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que dia do mês estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que dia da semana estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que estação do ano estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que país estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que distrito vive?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que terra vive?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que casa estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Em que andar estamos?	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo

2. RETENÇÃO

Vou dizer três palavras; quero que as repetiesse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor.

palavra	errado/certo
Pêra	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Gato	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo
Bola	<input type="radio"/> errado <input type="radio"/> certo

3. ATENÇÃO E CÁLCULO

Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar.

27 - 24 - 21 - 18 - 15 - 12 - 9 - 6 - 3

(1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas.)

pontuação

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15, versão breve, Yesavage et al., 1983)

Item	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	0	1
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses?	1	0
3. Sente que a sua vida é está vazia?	1	0
4. Aborrece-se com frequência?	1	0
5. Sente-se de hum com a vida na maior parte do tempo?	0	1
6. Tem algo ruim para lhe acontecer?	1	0
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
8. Sente-se frequentemente descomparado(a)?	1	0
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	1	0
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria?	1	0
11. Acha que É maravilhoso estar vivo agora?	0	1
12. Vede a pena viver como vive agora?	0	1
13. Sente-se cheio(a) de energia?	0	1
14. Acha que sua situação tem solução?	0	1
15. Acha que tem mais coisas em situação melhor?	1	0
Total (≥ 5 = suspeita de depressão)		

Em geral a sua saúde é:

- Muito boa
- Boa
- Acabou
- Fraca
- Muito fraca

Comparado com o ano passado, como classificaria neste momento a sua saúde, em geral:

- Muito melhor do que há 1 ano
- Melhor do que há 1 ano
- Um pouco melhor do que há 1 ano
- Mais ou menos na mesma
- Um pouco pior
- Muito pior

Comparando com a maioria das pessoas da sua idade e sexo, considera que a sua saúde é:

- Muito melhor
- Melhor
- Um pouco melhor
- Mais ou menos na mesma
- Um pouco pior
- Muito pior

Usa algumas "ajudas" (óculos, bengala, aparelho auditivo...) para lidar com a vida de dia a dia?

- Não
- Sim Especifique _____

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

Tem alguma doença que interfira de alguma forma com as suas atividades (trabalho doméstico, lazer, outras...)?

- Não
- Sim Especifique _____

III Parte -Preditores de Risco de Violência

Apoio e relacionamentos atuais	Sim	Não
1. Sente-se sozinho(a) muitas vezes?	1	0
2. Tem alguém que lhe faça companhia diariamente?	0	1
3. Tem alguém que o(a) leva a fazer compras, quando preciso?	0	1
4. Tem alguém que o(a) leva ao médico, quando necessário?	0	1
5. É capaz de tomar os seus remédios corretos?	0	1
6. Encontra-se com amigos/colegas semanalmente?	0	1
7. Encontra-se com familiares semanalmente?	0	1
8. Tem relações conflituosas com os vizinhos?	1	0
9. Alguém lhe disse que dá muito/ferrenhado trabalho?	1	0
10. Alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?	1	0
11. Sente que ninguém quer estar consigo?	1	0
12. Tem alguém que se preocupe consigo?	1	0
Dimensão familiar		
13. Sente medo de alguém da sua família?	1	0
14. Sente que ninguém da sua família o quer por perto?	1	0
15. Alguém membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?	1	0
16. Alguém da sua família o(a) obriga a ficar na casa quando não quer?	1	0
17. Alguém da sua família o agrediu fisicamente (empurrou, lhe botou...)?	1	0
18. Alguém da sua família lhe diz que está doente quando você sabe que não está?	1	0
19. Alguém da sua família o(a) obriga a fazer coisas que você não queria fazer?	1	0
20. Alguém da sua família lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?	1	0
21. Alguém da sua família o(a) forçou a assinar papéis contra a sua vontade?	1	0
22. Confia na maioria das pessoas da sua família?	0	1
23. Alguém da sua família bebe muito/tem problemas relacionados com o alcoolismo?	1	0
24. Alguém da sua família consome drogas?	1	0
25. Sente que tem privacidade no caso onde vive?	0	1
Dificuldades cognitivas/emocionais		
26. Considera que as outras pessoas são injustas consigo?	1	0
27. Consome álcool diariamente?	1	0
28. Tem dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida?	1	0
29. Costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente frequentemente?	1	0
30. Costuma irritar-se frequentemente?	1	0
Questões Financeiras		
31. Consegue pagar as suas contas, com os seus rendimentos?	0	1
32. Consegue comprar comida ou suprir outras necessidades com os seus rendimentos?	0	1
33. Recibe pessoalmente a sua pensão de reforma?	0	1
34. Gera pessoalmente o dinheiro da sua pensão de reforma?	0	1
35. Recibe apoio financeiro de alguém da sua família?	1	0

Avaliação do Risco de Violência sobre Idosos na Comunidade

16. Ajuda financeiramente alguém da sua família?	1	0
--	---	---

IV Parte - Representação Social da Violência

1. Refira cinco palavras que lhe ocorrem quando pensa em violência sobre idosos:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

2. Refira cinco palavras que lhe ocorrem para explicar porque existe violência sobre idosos:

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Anexo II

Comissão de Ética



**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo, Doutor Paulo Infante e Prof.ª Doutora Sandra Leandro, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "Projeto do âmbito de promoção "Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia" da investigadora **Maria Cidália Saturnino Rato** (mestranda) e Prof.ª Doutora Ana Maria Barros Pires (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Guina Ribeiro de Araújo)

Anexo III

Sessões de Estimulação Cognitiva “Positivamente...”

Positivamente...

O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

Temos então que pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia e reduzindo as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos.

O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos.

A Psicologia Positiva ergue-se como uma área de estudo científico própria, que vai para além de uma abordagem centrada nos problemas e nas patologias, para se construir melhores qualidades da vida. Apesar do foco no patológico ter ajudado a desenvolver e a construir uma ciência psicológica a verdade é que se esqueceu uma importante fatia do estudo dos seres humanos, havendo necessidade de “olhar o outro lado” da experiência humana, virando a visão da Psicologia para “o que faz a vida valer a pena ser vivida”.

A filosofia destes workshops será a **promoção da qualidade de vida** integrada numa lógica de envelhecimento ativo, estimulação cognitiva e felicidade subjetiva.

Será realizada uma avaliação inicial, no dia 18 de dezembro e a partir dos resultados obtidos serão programadas as restantes sessões a realizar nos dias 30 de janeiro, 20 de fevereiro e 27 de março, 17 de abril e 15 de maio. Após estas datas irá ser avaliada a continuidade destas sessões.

APÊNDICES

Apêndice I

Consentimento de Participação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública,

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Declaro para devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade no “Diagnóstico de situação” de saúde de Pessoas idosas com 65 e mais anos inscritas na Extensão de Saúde da USF de uma comunidade rural alentejana desenvolvido no âmbito do 1º estágio de Enfermagem em Saúde Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Évora. Mais, declaro que me foram explicados os objetivos do referido projeto e que me foram dadas garantias de confidencialidade dos dados que eu venha a revelar.

Declaro que fui informada de que poderei recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento.

Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas

Assinatura do participante: -----

Assinatura do entrevistador: -----

____ de maio de 2017

Apêndice II

**Resumo do Projeto de Intervenção Comunitária “Envelhecer em segurança
– envelhecer com autonomia”**

Resumo do Projeto do âmbito de promoção “Envelhecer em segurança –
envelhecer com autonomia “

A violência sobre idosos constitui um fenómeno universal apesar de, numa primeira fase, ter sido identificado apenas nos países mais desenvolvidos. A crescente investigação sobre o fenómeno reflete uma preocupação de abrangência mundial, em relação aos direitos, igualdade de géneros, à violência e ao envelhecimento da população (Krug, 2002). Com a população idosa a crescer de ano para ano, também se multiplica a ocorrência de novos desafios, problemas sociais e de saúde. Ao aumento da população deste grupo etário e às respetivas implicações para o produto interno bruto que essa situação acarreta associam-se o isolamento, a solidão, a doença, a pobreza e a exclusão social, a dependência, perda de habilidades cognitivas, défices físicos e emocionais e perda de autonomia, muitas vezes acompanhados de doenças crónicas (Zimmerman, 2000). Estes são fatores que conduzem a um aumento da violência sobre o idoso, que fica mais vulnerável e a mercê da ignorância da população em geral. Embora existam muitos países a realizar campanhas de informação, conscientização do público e dos profissionais de saúde sobre abuso a idosos, essa forma de violência é das menos investigadas em pesquisas nacionais, e das menos valorizadas nos planos de intervenção de combate a violência. Os abusos podem ser físicos, sexuais, psicológicos, emocionais, financeiros e materiais, situações de abandono, negligência e ações que comprometem a dignidade e o respeito pelo idoso. Existem evidências científicas de que situações de abuso praticadas contra idosos resultam em lesões físicas graves e em consequências psicológicas a longo prazo, incluindo depressão e ansiedade. Conhecer as condições da ocorrência, bem como os fatores de risco associados ao fenómeno irá permitir a definição de estratégias eficazes de intervenção pública (Gil, 2014).

Diagnóstico da Situação

O presente projeto surge na sequência do diagnóstico de situação realizado numa USF de uma comunidade rural alentejana e que abrangeu a população idosa, de 65 e mais anos, inscrita na extensão de saúde da mesma. Segundo dados do INE (Censos 2011) existiam nesta freguesia 902 habitantes e 225 tinham 65 e mais anos, sendo que 161 viviam sós ou com outros do mesmo grupo etário, prevalecendo em maior número o sexo feminino. Esta população já se encontra envolvida no projeto “Aldeia amiga das pessoas idosas” desde 2012, partindo de um primeiro diagnóstico de situação da mesma população realizado em 2010, e que tinha como objetivo melhorar o estado de saúde indivíduos, diminuindo o isolamento e aumentando a mobilidade. O projeto atual pretende contribuir para promoção da saúde neste grupo etário para que assim continuem a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que, pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economia (DGS, 2006). A população alvo é constituída por 182 idosos de 65 e mais anos inscritos na extensão de saúde. Para a realização do estudo definiu-se uma amostra probabilística, que é representativa dos idosos com 65 e mais anos a viver na comunidade. A amostra é composta por 31 idosos, 20 mulheres e 11 homens com 65 e mais anos sem demência e que consentiram em participar no estudo, a viver na comunidade, com o objetivo de identificar riscos de sofrer qualquer tipo de violência. O questionário utilizado está a ser testado, de forma que, após vários ensaios, possa a ser validado, para servir de instrumento a aplicar no projeto de investigação denominado ESACA (Envelhecer em segurança no Alentejo, Compreender para Agir), no qual a Sra. Professora Doutora, Felismina Mendes é coordenadora. O questionário está dividido por várias partes, (informações sociodemográficas, com quem vive e onde vive, anos de escolaridade, rendimento mensal, condições de saúde, diagnóstico de presença de défice cognitivo, escala de depressão, perceção de saúde, preditores de violência e representação social da violência para os idosos. Os resultados obtidos com este estudo realizado em maio de 2017, não evidenciam sinais de violência na população inquirida, no entanto foram encontrados fatores de risco, destacando-se o sentimento de solidão/isolamento e tristeza em relação a perda de capacidades e limitações físicas e que estão descritos na literatura. Estes sentimentos podem afetar a saúde e segurança dos mais velhos

tornando-os vulneráveis a situações de violência futura. Assim, surge a necessidade de uma consciencialização e reeducação das sociedades acerca do crescimento da população idosa, criando e estruturando ações e programas sociais preventivos que procurem um envelhecimento favorável dos idosos e a sua qualidade de vida, dissociando-os de uma condição de vulnerabilidade social presente nas sociedades atuais. Assim vamos promover atividades envolvendo a comunidade no geral de forma a incitar um olhar positivo sobre o envelhecimento evidenciando os ganhos que o mesmo acarreta, tais como experiência de vida e conhecimento, mais tempo para novas oportunidades de aprendizagem, para a realização de novas redes sociais, (convívio social e relações intergeracionais) ocupação dos tempos livres que permitam melhorar a saúde mental e física.

Definição de Prioridades

Indo ao encontro dos objetivos da equipa de saúde desta comunidade, que já tem implementado na comunidade o projeto anteriormente mencionado, torna-se importante dar continuidade e colocar em foco a segurança dos idosos, prevenindo a violência sobre os mesmos. Perante os resultados do diagnóstico de situação da comunidade em estudo foi considerada prioritária a intervenção na prevenção e combate ao isolamento social, procurando minimizar a solidão, tristeza, ansiedade e medos, promovendo a literacia sobre os fatores de risco da violência nos idosos. Como profissionais de saúde somos detentores de uma posição singular para o rastreio, diagnóstico, tratamento e referenciação de situações abusivas. Logo como forma de incentivar os idosos à participação nas atividades já desenvolvidas na comunidade, considerou-se pertinente reforçar a importância das mesmas para um envelhecimento ativo, saudável e seguro, reduzindo o tempo que passam sozinhos e sem qualquer atividade.

Objetivos

O projeto atual tem a finalidade de contribuir para o envelhecimento seguro e autónomo dos idosos com 65 e mais anos da extensão de saúde da comunidade rural no Baixo Alentejo em estudo através da contínua promoção da saúde e capacitação dos mesmos. O objetivo geral deste trabalho visa:

- Promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos da extensão de saúde de no âmbito do envelhecimento ativo e seguro nos idosos com 65 e mais anos da comunidade rural no Baixo Alentejo. Os objetivos específicos visam:

-Informar os idosos da comunidade sobre fatores de risco de violência;

- Informar os profissionais do centro de dia da comunidade rural no Baixo Alentejo sobre os fatores de risco de violência nos idosos;

- Informar os enfermeiros que prestam cuidados na USF desta comunidade rural no Baixo Alentejo sobre os fatores risco de violência sobre os idosos;

-Informar a comunidade rural alentejana em geral sobre os fatores de risco de violência sobre os idosos,

-Incentivar a prática de atividade física e estimulação cognitiva aos idosos da comunidade rural no Baixo Alentejo.

Estratégias

As estratégias utilizadas na realização deste projeto estão viradas para a prevenção da violência sobre os idosos, realizando sessões de educação para a saúde com o objetivo de conscientização dos profissionais de saúde, capacitação nos idosos, informar a população sobre como identificar sinais e sintomas de abuso e sobre os recursos existentes para obter ajuda com a colaboração dos vários parceiros dentro uma equipa multidisciplinar. Serão implementadas sessões de estimulação cognitiva para os idosos da comunidade que reúnam os requisitos básicos para o seu desenvolvimento.

Atividades a Desenvolver

Sendo esta população idosa já rasteada por doenças crônicas e múltiplas comorbilidades pretendemos dar continuidade a promoção de hábitos de vida saudável, (nutrição saudável, atividade física) sendo estes dois eixos prioritários que visam combater a obesidade, manter a mobilidade e autonomia física, prevenindo assim o isolamento social. Também iremos avançar a estimulação cognitiva. Iremos realizar várias atividades promotoras de saúde para atingir os objetivos específicos propostos do projeto “Envelhecer em segurança – envelhecer com autonomia”. Vamos promover o envolvimento social do idoso como forma de combater a solidão com o convívio entre os idosos e as crianças da comunidade com a realização do dia da promoção da saúde e segurança, com a participação dos vários parceiros. Reunir com os stakeholders, para partilhar opiniões, ideias para envolver uma população idosa capacitada e ativa; realizar cartaz de divulgação do programa e do dia; colocar a informação em locais estratégicos. Serão divulgados os resultados do estudo realizado sobre violência nos idosos a equipa de saúde da USF. Com a colaboração da psicóloga iremos reintegrar o atelier de “Estimulação cognitiva” no projeto. Serão realizadas sessões de esclarecimento sobre a prevenção de violência no idoso: aos idosos, aos profissionais de saúde, aos cuidadores formais e informais e as crianças no dia da promoção da saúde e segurança com a colaboração da GNR. Distribuição de folhetos e posters informativos da temática pela comunidade. Projetar filme baseado na temática com debate no final. Realizar folheto informativo para publicação no Boletim informativo da comunidade. Levar a comunidade ao teatro com a peça “Conversas de fim de tarde” na feira da saúde a realizar em junho de 2018. Em relação aos recursos materiais e humanos serão proporcionados pela UFS e pelos parceiros envolvidos no projeto.

Cronograma de Atividades

Cronograma de atividades

Ano	2017												2018					
Mês	Set				Out				Nov				Dez					
Semana	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Apresentação no local de estágio																		
Reunião com eq. de extensão de saúde da comunidade rural alentejana/definir prioridades.																		
Reunião com a orientadora do projeto/eq. tutor																		
Reuniões com os parceiros/segmentos do projeto																		
Apresentação do projeto às entidades colaboradoras																		
Elaboração das sessões de educação para a saúde/elaboração de pequeno artigo para publicar no boletim informativo da comunidade rural alentejana																		
Distribuição de panfletos informativos																		
Projeção de filme																		
Apresentação das sessões de educação para a saúde																		
Avaliação do projeto																		
Realização do relatório																		

Avaliação do Projeto

A avaliação do mesmo irá recair sobre os indicadores de execução, em que se avaliará o número de atividades executadas face as planeadas e o número de participantes face a população existente que participam nas mesmas. Em relação aos indicadores de resultados, torna-se precoce realizar uma avaliação neste momento, pois a temática requer tempo para mobilizar conhecimentos e atitudes e o projeto não termina aqui, terá de ter continuidade e acompanhamento pela equipa de saúde, continuando a dinamiza-lo e a reformula-lo sempre que se torne necessário. Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e de saúde pública promover a mudança de comportamentos, para que deste modo seja possível fomentar ganhos em saúde em todas as idades, especialmente nos idosos.

Bibliografia

Direção geral de saúde (2006) – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Autor. Lisboa. ISBN 972-675-155-1

Enfermeiros O. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, 1-5. [Http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaooe/regulamentocompetenciascomunitariasaude% 20Publica_aprovadoag_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/legislacaooe/regulamentocompetenciascomunitariasaude%20Publica_aprovadoag_20Nov2010.pdf)

Krug, e. E. (2002). World report on violence and health. World Health, (pp. 123–145). Genève

Titono, M. (1999). APAV: Manual Titono. Para o Atendimento de Pessoas Vítimas de Crime -Parte I- Compreender. Projeto Títano.

The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. (2002). Geneva. World.

World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases.

Apêndice III

Consentimento para Realização do Estudo

Ao Exmo. Senhor Coordenador da Unidade

de Saúde Familiar de uma comunidade rural

no Baixo Alentejo.

Assunto: Pedido de Autorização

Maria Cidália Saturnino Rato, aluna do Mestrado de Enfermagem em Associação do 1º Curso na Área de Especialização de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Évora, a desenvolver o 1º estágio – Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Unidade de Saúde Familiar de uma comunidade rural alentejana sob orientação do Senhor Enfermeiro Especialista em Saúde comunitária vem por este meio solicitar autorização para aplicar o instrumento de colheita de dados para fazer o diagnóstico de situação após uma avaliação do risco de violência sobre pessoas idosas com 65 e mais anos inscritas na Extensão de Saúde da USF. O questionário segue em anexo.

Pede deferimento

-----, 5 de maio 2017

A Requerente

Apêndice IV

Convite

Convite

Maria Cidália Saturnino Rato, enfermeira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Comunitária e de Saúde Pública na Escola Superior de Enfermagem de Évora e a equipa de saúde desta extensão tem a honra de convidar Vossa Excelência para a apresentação dos resultados do “diagnóstico de situação” da comunidade no qual participou e respetivo projeto de intervenção comunitária.

Esta apresentação decorrerá no dia 07 de dezembro de 2017, na Casa do Povo da comunidade às 09h30 minutos.

Aguardamos a sua presença

Dia 7 de dezembro às 09h30 na casa do povo Convide a toda a comunidade para um momento de partilha e conhecimento.

09:30 - Apresentação dos resultados do diagnóstico de saúde da comunidade de idosos e respetivo projeto de intervenção comunitária.

10h00 – Aula de educação física para prevenir lombalgias

10h30 –Lanche partilhado

10h45 – Grupo Coral Feminino

11h00 - Sessão de esclarecimento para evitar riscos de violência,(GNR))

11h30- Showcooking

12h00- Momento musical

Apêndice V

Folheto Informativo para o Boletim da Comunidade

“Muitos dos que convivem diariamente com a violência assumem-na como uma parte intrínseca da condição humana. Não tem de ser assim. A violência pode ser evitada. As culturas violentas podem ser mudadas. Os governos, as comunidades e os indivíduos podem fazer a diferença”.

Nelson Mandela



“Violência Contra as Pessoas Idosas” é uma “...acção única ou repetida, ou a falta de resposta apropriada, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa e que ocorre dentro de qualquer relação onde exista uma expectativa de confiança.”

Organização mundial de saúde (OMS)

Portugal é um dos países com maior taxa de violência contra idosos. Este é um grave problema de saúde pública, apenas reconhecido como tal há cerca de 3 décadas, com prejuízos para as vítimas, famílias e sociedade. (OMS, 2002)

Segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) entre 2013 e 2016:

Registou – se um aumento de 30% de crimes contra idosos,

As mulheres são as principais vítimas, muitas delas sofrem em silêncio há mais de 40 anos,

Os agressores são na maioria os filhos (39,6%), o cônjuge (26,5%), mas também há casos em que são os vizinhos (4,4%) e os netos (36%)

Direitos da pessoa idosa

As mulheres e os homens idosos têm os mesmos direitos que qualquer outra pessoa, independentemente da sua idade e/ou da situação de dependência. As pessoas idosas são cidadãs com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma.

As pessoas idosas devem permanecer integradas na sociedade, participar ativamente na formulação e na aplicação das políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e poder compartilhar os seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens;



Violência contra as pessoas idosas pode manifestar-se de diversas formas:

- Física;
- Económica;
- Psicológica;
- Negligência;
- Sexual;

- Abandono.

Todos os profissionais de saúde têm o dever de estarem atentos a estas situações. Os profissionais de saúde têm a obrigação de apoiar e encaminhar devidamente as pessoas idosas vítimas de violência, sempre que tenham conhecimento destes casos.

Ser vítima de um crime é um acontecimento negativo

Reações como pânico geral, o pânico de morrer, a impressão de estar a viver um pesadelo, a desorientação geral, o sentimento de solidão e o estado de choque, são reações comuns e normais nas vítimas de crime .

Na Operação "Censos Sénior 2017" foram sinalizados 45 516 idosos, dos quais:

28 279 Vivem sozinhos

5 124 Vivem isolados

3 521 Vivem sozinhos e isolados

8 592 Não se enquadram nas situações anteriores, mas em situação de vulnerabilidade fruto de limitações físicas e/ou psicológicas.

Fonte: GNR-Div. de Com. e Relações Públicas

Não fique em silêncio... se é vítima de violência, procure-nos ... nós podemos ajudar!

- Se conhecer uma pessoa idosa vítima de violência doméstica ou outro crime.
- Não se cale. Lembre-se que o seu silêncio facilita a violência doméstica.
- O seu silêncio não protege a vítima, mas sim o/a agressor/a.
- Não julgue. Não culpe. Não critique.
- Tente aproximar-se da vítima para lhe oferecer a sua ajuda e para informá-la acerca dos seus direitos e dos apoios disponíveis.
Faça-o com a máxima discrição para não a colocar em risco.
- Respeite a intimidade da vítima.
- Lembre-se que o silêncio, incluindo o seu, pode ser o maior aliado da violência.

Consequências da violência no idoso podem ser:

Físicas: Perda de energia; Dores musculares; Dores de cabeça; Arrepios e/ou afrontamentos; Problemas digestivos; Tensão arterial alta

Psicológicas: Dificuldades de concentração; Dificuldades em dormir; Pesadelos; Dificuldades de memória; Tristeza; Desconfiança face aos outros; Diminuição da autoconfiança

O Artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa:

As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural, tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Apêndice VI

Artigo “Violência nos Idosos, a importância da prevenção”



Violência nos idosos, a importância da prevenção

Autora

Maria Cidália Saturnino Rato

Mestranda do 1º curso de mestrado de enfermagem em associação na área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública

Orientadora

Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Autora

Maria Cidália Saturnino Rato

Mestranda do 1º curso de mestrado de enfermagem em associação na área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública

Orientadora

Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Artigo sobre

Violência nos idosos, a importância da prevenção

Autora

Maria Cidália Saturnino Rato

Mestranda do 1º curso de mestrado de enfermagem em associação na área de especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública

Orientadora

Professora Doutora Ana Maria Barros Pires

Resumo

A violência contra as pessoas idosas não constitui um problema recente, mas adquire hoje maior visibilidade com o aumento do número de pessoas idosas e da sua longevidade. Conhecer as condições da ocorrência, bem como os fatores de risco associados a violência sobre idosos irá permitir a definição de estratégias eficazes de intervenção pública. O objetivo do estudo visa identificar os fatores de riscos de violência sobre os idosos de uma comunidade rural no Baixo Alentejo. Foram realizadas pesquisas na literatura sobre o tema. Através do Google foram identificadas publicações previamente selecionadas, em pesquisas na internet, alguns artigos recomendados pela professora orientadora e também trabalhos académicos e sociais. A amostra foi constituída por 31 idosos, 20 mulheres e 11 homens com 65 e mais anos. Os critérios de inclusão foram, idosos de ambos os sexos, a viver na comunidade com capacidade de compreender e responder ao questionário, sem demência e que aceitassem participar no estudo. O questionário que foi aplicado às pessoas da amostra este dividido por partes, (identificação sociodemográficas condições de saúde, preditores de violência e representação social da violência para os idosos). Foram cumpridas as exigências éticas inerentes a este tipo de estudos nomeadamente garantia de confidencialidade. Os resultados obtidos com este estudo realizado em maio de 2017 na sequência do diagnóstico de saúde da população idosa, com 65 e mais anos não revelam sinais de violência, no entanto foram encontrados fatores de risco, destacando-se o sentimento de solidão/ e tristeza em relação a perda de capacidades, limitações físicas e isolamento que devem ser tidos em conta para evitar situações de violência futura. Capacitar e envolver a pessoa idosa torna-a menos vulnerável, logo é importante, informar, esclarecer sobre o fenómeno que é a violência e dar a conhecer os sinais a comunidade em geral, aos profissionais de saúde e aos próprios idosos, pois estes tendem a sofrer em silêncio, por vergonha e medo.

Palavras-chave: Idosos, comunidade, fatores de risco, violência.

Abstract

Violence against the elderly is not a recent problem but is becoming more visible today as the number of older people increases and their longevity increases. Knowing the conditions of the occurrence, as well as the risk factors associated with violence on the elderly will allow the definition of effective strategies of public intervention. The objective of this study is to identify the risk factors of violence on the elderly in a rural community no Baixo Alentejo. Researches were carried out in the literature on the subject. Through Google, previously selected publications were identified, in Internet searches, some articles recommended by the teacher, as well as academic and social works. The sample consisted of 31 elderly, 20 women and 11 men aged 65 and over. Inclusion criteria were elderly people of both sexes living in the community who were able to understand and respond to the questionnaire without dementia and who accepted to participate in the study. The questionnaire that was applied to the people in the sample is divided into parts, (identification of socio-demographic conditions of health, predictors of violence and social representation of violence for the elderly). The ethical requirements inherent to this type of studies, namely guarantee of confidentiality, were fulfilled. The results obtained with this study carried out in May 2017 following the health diagnosis of the elderly population, aged 65 years and older, did not show signs of violence, however, risk factors were found, especially the feeling of loneliness / sadness in relation to the loss of capabilities, physical limitations and isolation that must be taken into account to avoid situations of future violence. Empowering and involving the elderly makes them less vulnerable, so it is important to inform, clarify the phenomenon of violence and make the signs known to the community in general, health professionals and the elderly themselves, as they tend to suffer in silence, out of shame and fear.

Key words: Elderly, community, risk factors, violence

Introdução

A realização deste trabalho incidiu na avaliação dos riscos de violência sobre os idosos numa comunidade rural no Baixo Alentejo, após a investigar e compreender a dimensão do problema à escala global e nacional.

A realização destes estudos que permitiram determinar qual a prevalência dos fatores de risco de violência sobre idosos bem como analisar as características explicativas que lhe possam estar associadas, são importantes contribuindo deste modo para a identificação de linhas orientadoras para a prevenção. O resultado dos diversos estudos revelam que a violência contra o idoso, encerra custos humanos, com consequências para a saúde, tem custos económicos, incluindo custos com a saúde, sociais, legais e jurídicos (WHO, 2011). Prejudica o acesso a serviços e redes sociais, deixando as pessoas idosas vulneráveis a maior isolamento social e problemas de saúde (WHO, 2011).

A violência contra as pessoas idosas não constitui um problema recente, mas adquire hoje maior visibilidade com o aumento do número de pessoas idosas e da sua longevidade. A muito falada crise da família, relacionada com a perda de valores tradicionais e práticas sociais no seu seio, é um dos argumentos invocados para a construção social do abandono das pessoas idosas pelos seus familiares. Se a família é representada como um espaço de afetos e reciprocidades, pode simultaneamente constituir um lugar de omissões e de violência.

O stress de quem cuida, o isolamento social, as condições socioeconómicas, a incapacidade física e mental da pessoa idosa, os problemas de saúde mental e os problemas aditivos dos agressores são algumas das causas apontadas.

A velhice, frequentemente definida pela mentalidade sociocultural de uma determinada época, durante muito tempo foi vista como a “golden age”, em que a pessoa idosa era conotada como fonte de poder e valorização, hoje em dia é vista como fonte de impotência e inutilidade (Dias, 2005).

São evidenciados os dados epidemiológicos, em termos de prevalência e incidência na Europa e em Portugal, e conhecer as estratégias de prevenção e controlo deste problema.

É apresentada a metodologia utilizada na realização do estudo, o tipo de estudo, a amostra, o instrumento de colheita de dados, a interpretação e discussão dos dados recolhidos.

O objetivo geral do trabalho visa identificar os fatores de riscos de violência sobre os idosos de uma comunidade rural do Baixo Alentejo. O envolvimento dos enfermeiros nas intervenções, estratégias para a prevenção da violência no idoso são uma mais-valia, sendo que este é o profissional que melhor conhece a população onde atua.

Fundamentação Teórica

Em 1997, depois da realização do XVII Congresso Mundial de Gerontologia, foi dado um passo decisivo na fundação da Organização Internacional “Network for the Prevention on Elder Abuse” (INPEA) que, com o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), veio defender a causa dos idosos (alvo de abusos) negligenciados, e estimular a pesquisa sobre causas, consequências, prevalência, prevenção de maus tratos aos idosos.

Os principais objetivos visavam, aumentar a consciência pública para os maus tratos; promover a educação e o conhecimento para os profissionais poderem trabalhar na identificação, no tratamento e na prevenção destas situações.

Assim, surge a necessidade de uma consciencialização e reeducação das sociedades acerca do crescimento da população idosa, criando e estruturando ações e programas sociais preventivos que procurem um envelhecimento favorável dos idosos e a sua qualidade de vida, dissociando-os de uma condição de vulnerabilidade social presente nas sociedades atuais. Torna-se importante manter políticas efetivas para a promoção do envelhecimento ativo, que afastaria a velhice dependente para o extremo final da vida, é preciso pensar numa política de atenção ao idoso fragilizado e funcionalmente comprometido, que inclua a atenção ao cuidador informal, geralmente um familiar, e permitir que exista sempre por perto uma rede de suporte institucional. Os cuidados prestados por familiares são vistos em muitos casos como uma experiência negativa e como espaço propício à ocorrência de violência. A agressão entre vítima e agressor pode acontecer devido ao stress do cuidador devido a sobrecarga do mesmo, incapaz de responder às necessidades da pessoa a cuidar. Poderá ser um fenómeno situacional que ocorre pelo isolamento social e condições socioeconómicas adversas, associadas ao longo período de prestação de cuidados. Para evitar a violência sobre o idoso, torna-se prioritário identificar atempadamente os fatores de risco. Deve estabelecer-se uma relação de confiança que inclua os membros da família, amigos, vizinhos ou mesmo cuidadores formais e profissionais de saúde. Alguns agressores são conhecidos do círculo de relações da vítima. Caldas (2003) refere que o cuidador informal pode e deve ser visto como um agente de saúde, que recebe orientações relacionadas com a prestação de cuidados ao idoso e à preservação da sua própria saúde. Se souber atuar de forma adequada, esses cuidadores não só estão a contribuir para uma melhor qualidade de vida do idoso dependente, como estariam a preservar a sua integridade física e emocional e, desta forma, envelhecendo de maneira mais saudável.

Metodologia

Metodologia utilizada está dentro do âmbito de Planeamento em Saúde, com o objetivo de identificar os determinantes que condicionam a saúde da comunidade, identificar as necessidades de saúde da comunidade e assim fazer o diagnóstico de situação dessa mesma comunidade

Caraterização da população

Segundo os censos 2011, realizados pelo INE, esta comunidade rural no Baixo Alentejo tem 902 habitantes, sendo notório o seu decréscimo ao longo dos anos. Até às décadas de 50-60, a população foi aumentando, no entanto, a partir da década de 60, com a emigração para o estrangeiro e a migração para as grandes cidades portuguesas, a sua população diminuiu drasticamente, ficando para trás a população mais envelhecida.

O “Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (2009) serviu de inspiração para a realização do projeto de intervenção comunitária iniciado em função das necessidades identificadas no “Diagnóstico de Situação” efetuado nesta comunidade (2010).

Uma localidade amiga das pessoas idosas tem o objetivo de capacitar o idoso para maior mobilidade diminuindo o número de quedas ao reduzir obstáculos, de aumentar a segurança permitindo que o nível de confiança das populações aumente, desenvolvendo atividades sociais que estimulem a participação social beneficiando a população.

A intervenção comunitária desenvolveu-se nesta comunidade no Baixo Alentejo, cuja população em estudo pertence a uma extensão de saúde de uma Unidade de Saúde Familiar.

Vivem nesta comunidade, 225 habitantes com 65 e mais anos, 161 vivem sós ou com outros do mesmo grupo etário, prevalecendo em maior número o sexo feminino.

Os dados também mostram uma diminuição da população residente nos últimos dez anos. Quando comparados, aos dados de 2001 verifica-se uma perda de 154 habitantes, em todas as faixas etárias, contudo foi mais acentuado na população jovem, mais precisamente, na faixa etária dos 15 aos 24 anos, o que levou a uma diminuição de 47% da população residente. O índice de envelhecimento da população é de 216,2 e o índice de dependência dos idosos é de 39,3, valores muito superiores quando comparados com os dados globais do país. Para além destes dados, é de salientar a taxa de analfabetismo de 14,41% desta comunidade (INE,2011). A população com 65 e mais anos representa sensivelmente 25% da população residente. A seleção da amostra foi realizada a partir da lista de utentes inscritos na equipa de saúde que presta cuidados nesta comunidade. São no total 182 utentes, 58 homens e 124 mulheres.

Para definir a amostra (fração de uma população sobre a qual se faz o estudo) foram definidos critérios de inclusão (características essenciais dos elementos da população e que se desejam encontrar nos elementos da amostra) e exclusão (indivíduos que não farão parte da amostra) e para ser representativa, a amostra deve assemelhar-se, o mais possível, à população (Fortin, Côté, e Filion, 2009). Os critérios de inclusão identificados foram, idosos de ambos os sexos, a viver na comunidade que tenham capacidade compreender e responder aos questionários; sem demência e que aceitassem participar no estudo.

Os critérios de exclusão identificados foram idosos que estavam ausentes da comunidade, que se recusavam a responder ao questionário depois de serem esclarecidos e idosos com demência. O questionário utilizado está a ser testado, para que, após vários ensaios, possa a ser validado, para servir de instrumento a aplicar no projeto de investigação denominado ESACA (Envelhecer em segurança no Alentejo, Compreender para Agir), no qual a Sra. Professora Doutora, Felismina Mendes é coordenadora.

O questionário estava dividido por partes, (identificação sociodemográficas condições de saúde, preditores de violência e representação social da violência para os idosos). Foram cumpridas as exigências éticas inerentes a este tipo de estudos nomeadamente garantia de confidencialidade.

O questionário foi aplicado às pessoas da amostra após serem informados sobre o projeto, com a garantia de confidencialidade e anonimato de todas as informações, relativas à colheita de dados. As perguntas do questionário sobre preditores de violência incluíam vários indicadores de medição, tais como: negligência; exploração financeira; abuso físico; abuso emocional; a perceção do idoso sobre violência, divididos por quatro grupos.

A amostra foi constituída por 31 idosos,20 mulheres e 11 homens com 65 e mais anos. “A vantagem da amostra aleatória estratificada proporcional é assegurar a representação de um segmento particular da população e permitir comparações entre os subgrupos formados” (Fortin 2009 p,207).

Os dados foram tratados, utilizando recursos do software estatístico Excel 2016, com os resultados apresentados em tabelas percentuais e gráficos estatísticos.

Apresentação e discussão dos resultados

Identificação sociodemográficas:

Das 31 pessoas inquiridas (100%), a maioria, 65% (20) é do sexo feminino e 35% (11) do sexo masculino homens (gráfico 1).

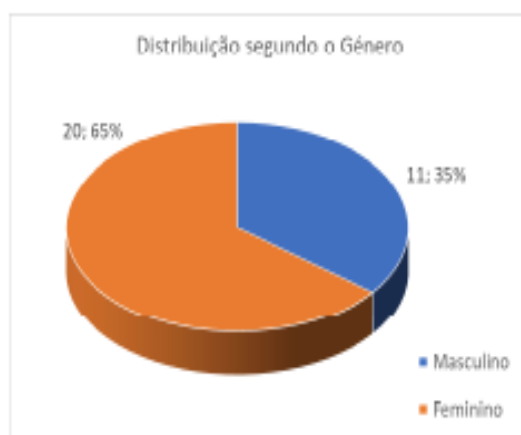


Gráfico 1 - Distribuição segundo o género.

A população idosa em Portugal, tem um índice de longevidade que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa. Na região de Alentejo, o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 42,7% em 2001 para 51,9% em 2011. As mulheres apresentam, em 2011, um índice de longevidade superior ao dos homens, 53,8% e 49,5% respetivamente (INE, 2011). Comparativamente com o país, o índice de longevidade da população na região do Alentejo é superior ao verificado em termos nacionais, que em 2011 era de 47,9%.



Gráfico 2 – Distribuição segundo a idade.

A maioria dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 75 e os 80 anos (19 pessoas), 7 têm idade compreendida entre 65 e 70 anos, 4 entre os 70 e os 75 anos e 1 com idade superior a 85 anos, mas nenhum dos inquiridos tem idade superior a 90 anos (gráfico 2).

N	Mediana	Mínimo	Máximo	Media	Desvio padrão
31	78	67	88	77.39	6,1

Quadro 1 - Distribuição segundo a idade.

No quadro 1 pode -se verificar que os elementos da amostra se situam entre os 67 e os 88 anos. A média de idades é aproximadamente de 77.39 anos de idade sendo o desvio padrão de 6.1.



Gráfico 3 – Distribuição segundo a pessoa com quem vive.

A maioria dos inquiridos é casado 61,2% (19), são viúvos 32,2% (10) e solteiros 6,5% (2). Não existem separados/divorciados na amostra inquirida, nem juntos por união de facto (gráfico 3).

Talvez pela maioria dos inquiridos ser casada, apenas 5 pessoas residentes na comunidade, frequentam o Centro de Dia da comunidade, são mulheres viúvas, as restantes 26 reside na comunidade e não carece de recorrer a este serviço disponível na comunidade. Na amostra que este relatório trata não existem pessoas institucionalizadas.

Apenas 13% (4 inquiridos) vivem sozinhos, a maioria 87% (27 inquiridos) vivem acompanhadas (gráfico 4).



Gráfico 4 – Distribuição segundo a companhia na sua residência

Pode-se observar que 35,5% (11) dos inquiridos não frequentaram a escola, 13 finalizam o 4º ano do 1º ciclo, os 6 que terminaram o 3º ano do 1º ciclo e ainda um que terminou o 9º ano do 2º ciclo num total de (64,5%) o que confirma um índice de escolaridade baixo, e que está de acordo com a baixa taxa de literacia (INE, 2011), (gráfico 5).



Gráfico 5 – Distribuição segundo a escolaridade

Da análise do gráfico 6 podemos afirmar que a maioria 54,8% (17) dos inquiridos tem um rendimento mensal compreendido entre os 350 e 550€. Para além disso existe uma fatia significativa que recebe menos de 350€ 29% (9). Os restantes 12,9% (4) têm um rendimento mensal compreendido entre os 550 e 750€, existindo ainda 3.23% (1) que recebe mensalmente entre 750 e 1150€.

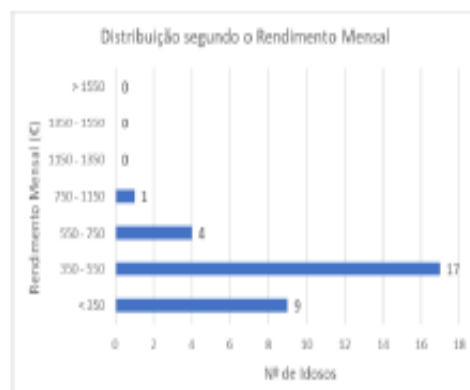


Gráfico 6 – Distribuição segundo o rendimento mensal

Condições de Saúde

O medicamento mais consumido são os outros, (anti hipertensores e antidiabéticos) por 80,6% (25) dos inquiridos, seguidos de anti-inflamatórios, 77,4% (24). Os ansiolíticos também são consumidos por 38,7 % (12) dos inquiridos. Da amostra em estudo, 51,6% (16) inquiridos referem tomar entre 5 a 10 medicamentos diários, enquanto os restantes, 48,4% (15) tomam menos de 5 medicamentos (gráfico 7).

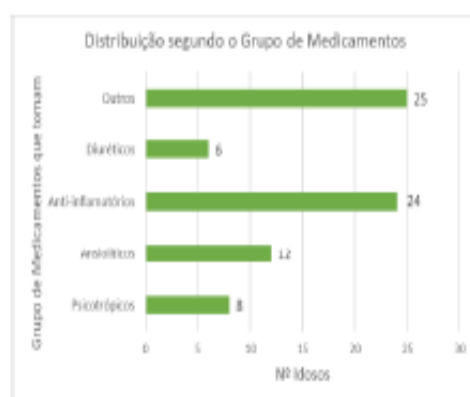


Gráfico 7 – Distribuição segundo o grupo de medicamentos consumidos.

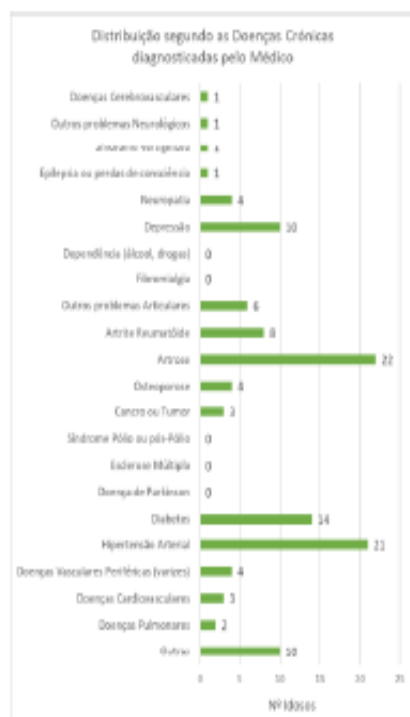


Gráfico 8 – Distribuição segundo as doenças crônicas diagnosticadas pelo médico.

Da amostra em estudo, pode verificar-se que 67,7% (21) sofrem de hipertensão, 70% (22) de doenças musculoesqueléticas e 45,1% (14) de diabetes sendo compatível com o número de medicamentos consumido.

A maioria da amostra, (77%) refere que a presença de doença interfere com as atividades diárias, principalmente as doenças músculo-esqueléticas, como as artroses, lombalgias e outras posteriormente analisadas.



Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a presença de doença que interfira nas suas atividades diárias.

Em relação à capacidade cognitiva não se verificaram défices significativos.

Segundo a escala de depressão geriátrica, pode verificar-se que 68% (21), da amostra tem risco de sofrer de depressão (gráfico 10).



Gráfico 10 – Distribuição segundo a escala de depressão geriátrica.

Costa (2005) refere que os idosos que são ou foram vítimas de abusos ou negligência apresentam elevados valores nas escalas de depressão. As consequências e implicações da depressão no idoso são muitas, nomeadamente a nível económico (aumento da população dependente), social com a alteração das relações familiares, interpessoais e a um aumento no consumo de cuidados primários e, por último, éticos com a probabilidade da ocorrência de suicídio (OMS, 2003).

A maioria dos idosos da amostra apresenta risco de abuso, psicológico, destacando-se a sentimentos de solidão e isolamento.

O abuso psicológico e a negligência são as formas de abuso que levantam maiores dificuldades de diagnóstico, na medida em que não deixam marcas físicas, mas têm consequências graves para o idoso. Entre outras situações, o abuso psicológico envolve a socialização inadequada, a rejeição e o abandono, traduzindo-se em sentimentos de tristeza e solidão.

Pode também verificar-se que em média 58,1% passam por momentos de ansiedade, falta de paciência, 54,8% zangam-se com frequência.

A depressão sendo uma das grandes síndromes geriátricas a pairar sobre a população idosa, pode levar a uma incapacidade na tomada de decisões em relação ao dia-a-dia e a diminuição da atividade física resultando em limitações na capacidade funcional, no entanto esta é muitas vezes confundida com sentimentos de tristeza, solidão.

Preditores de Risco de Violência

Apoios e relacionamentos

Após a análise dos preditores de violência, verifica-se que em relação aos apoios e relacionamentos atuais, os idosos da nossa amostra sentem a solidão, desamparo, ficam muito refugiados em casa.

Embora não tenham relações de conflito, também não tem grandes encontros sociais, principalmente as mulheres. Os idosos vivem acompanhados por outros também idosos.

Estes idosos comunicam com a família pelo telefone, ou durante as férias quando estes regressam a terra, pois a grande maioria tem os filhos emigrados.

Dimensão Familiar

Em análise da dimensão familiar quase todas as respostas são negativas, uma vez que a nossa amostra refere ter um bom relacionamento com os seus familiares e sem conflitos. **Sobre a confiança em todos os elementos da família**, apenas 9,7% responderam que não, os restantes 90,3% responderam sim.

Sobre **consumo de bebidas alcoólicas por familiares**, revelou 6,5% de respostas positivas, (filhos tinham problemas com bebida o que causava muita angústia) enquanto a resposta negativa foi de 93,5%.

Dificuldades Cognitiva/Emocionais

Pode dizer-se que os idosos da amostra em estudo ainda mantem capacidade de gerir a sua vida, no entanto têm menos paciência, e mais momentos de ansiedade.

Questões financeiras

De acordo com o estudo, os idosos vivem com algumas dificuldades monetárias, por baixas reformas e poucos apoios, no entanto por vezes ainda são o suporte de outros.

A gestão do dinheiro, fica muitas vezes ao cargo da mulher.

Representação social da violência para o idoso

As palavras mais repetidas pelos idosos foram as referidas no quadro:

Assustador	3	Revolta	2
Bater	1	Solidão	6
Cobardia	1	Violência	8
Comoção	2	Falsidade	3
Desespero	1	Ofensa	4
Maldade	8	Vulgar	5
Medo	10	Dor	10
Perigo	1	Tristeza	10

Quadro 2 – Significado de violência

Porque existe violência?

“Por causa da droga”.

“Por falta de dinheiro”

“Porque não têm trabalho.”

“Por falta de respeito.”

“Falta de valores.”

“Falta de educação, ganancia.”

“A sociedade que temos.”

Embora os resultados obtidos com este estudo, não revelem sinais de violência por parte dos inquiridos, estão identificados fatores de risco que estão descritos na literatura e que devem ser tidos em conta para evitar situações de violência futura.

Considerações finais

Torna-se importante, informar, esclarecer sobre o fenómeno que é a violência e conhecer os sinais, pois o idoso tende em sofrer em silêncio, por vergonha, medo de represálias e para proteger a família.

As estratégias para a prevenção da violência sobre os idosos, devem passar pela realização de sessões de educação para a saúde com o objetivo de conscientização dos profissionais de saúde, capacitação dos idosos, informar a população sobre como identificar sinais e sintomas de abuso, sobre os recursos existentes e obter a colaboração dos vários parceiros dentro uma equipa multidisciplinar.

A divulgação dos resultados do estudo realizado sobre o risco de fatores de violência nos idosos na equipa de saúde da comunidade estudada, será realizada através de sessões de esclarecimento sobre a prevenção de violência no idoso: aos idosos, aos profissionais de saúde, aos cuidadores formais e informais e as crianças com a colaboração da GNR.

Serão implementas sessões de estimulação cognitiva para o idoso de forma a manter as suas capacidades o mais tempo possível, para uma melhor qualidade de vida, assim como irá dar-se continuidade a promoção de hábitos de vida saudável, (nutrição saudável, atividade física) sendo estes dois eixos prioritários que visam combater a obesidade, manter a mobilidade e autonomia física, prevenindo assim o isolamento social.

Dar-se-á continuidade a promoção do envolvimento social do idoso como forma de combater a solidão com o convívio intergeracional. Reunir com os stakeholders, para partilhar opiniões, ideias para envolver uma população idosa capacitada e ativa.

Levar a comunidade ao teatro com a peça “Conversas de fim de tarde” na feira da saúde, que irá acontecer dias 8 e 9 de junho de 2018 entre outras atividades.

Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, e de saúde pública promover a mudança de comportamentos, para que deste modo seja possível fomentar ganhos em saúde em todas as idades.

Conclusão

Verificou-se que Portugal é um dos países com maior taxa de violência contra idosos. Este é um grave problema de saúde pública, apenas reconhecido como tal há cerca de 3 décadas, com prejuízos para as vítimas, famílias e sociedade (OMS, 2002).

Segundo os direitos humanos as mulheres e os homens idosos têm os mesmos direitos que qualquer outra pessoa independentemente da sua idade e/ou da situação de dependência. As pessoas idosas são cidadãs com plena capacidade para reger a sua pessoa e os seus bens de forma livre e autónoma. As pessoas idosas devem permanecer integradas na sociedade, participar ativamente na formulação e na aplicação das políticas que afetam diretamente o seu bem-estar e poder partilhar os seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens. Promover atividades envolvendo a comunidade no geral de forma a incitar um olhar positivo sobre o envelhecimento evidenciando os ganhos que o mesmo acarreta, tais como experiência de vida e conhecimento, mais tempo para novas oportunidades de aprendizagem, para a realização de novas redes sociais, ocupação dos tempos livres que permitam melhorar a saúde mental e física.

Assim os profissionais de saúde têm o dever de estar informados e atentos a tudo o que se passa na comunidade onde prestam cuidados. Trabalhar a prevenção, estar atentos aos sinais para apoiar e encaminhar devidamente as pessoas idosas vítimas de violência.

O envolvimento dos enfermeiros nas intervenções, estratégias para a prevenção da violência no idoso são uma mais-valia, sendo que este é o profissional que melhor conhece a população onde atua.

Bibliografia

Ana Paula Gil, A. J. (2015). «Fatores de risco de violência contra as pessoas idosas: consensos e controvérsias em estudos de prevalência», *Configurações*, 16/2015,75-951.

Associação de Apoio a vítima (2013). Estatísticas Relatório Anual. APAV (pp.30). E. A.-2. (2013). *Relatório Anual*. Lisboa, consultado em 06 de maio de 2017, www.apav.pt/estatisticas

Direcção-Geral da Saúde (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (Portugal, Ministério da Saúde). Lisboa: Ministério da Saúde.

Estatística., I. N. (2014). *Www.ine.pt*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística.

Enfermeiros O. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*, 1-5. Consultado em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Guarda Nacional Republicana (2010). *Programa Apoio 65 Idosos em Segurança*, Disponível em: <http://tinyurl.com/no89yst> (Consultado em 5 de maio de 2017).

Krug, E. e. (2002). *World report on violence and health*. World Health, (pp. 123-145).Geneve.

Titono, M. (1999). *APAV: Manual Titono. Para o Atendimento de Pessoas Vítimas de Crime - Parte I- Compreender*. Projeto Titono.

The Toronto Declaration on the global prevention of elder abuse. (2002). Genebra. World.

World Health Organization. (2011). *Global status report on non communicable diseases*. 2010.

Apêndice VII

Sessão de Educação para a Saúde – Gestão de situações de negligência, abusos e maus tratos no centro de dia da comunidade rural no Baixo Alentejo.

PLANO DA APRESENTAÇÃO

Tema da Sessão: Gestão de situações de negligência, abusos e maus tratos no centro de dia da comunidade rural no Baixo Alentejo (prevenção e intervenção).

População Alvo - Equipa do centro de dia da comunidade rural no Baixo Alentejo.

Formador - Enfermeira Cidália Rato

Objetivos Geral: Promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos da extensão de saúde de uma comunidade rural no Baixo Alentejo no âmbito do envelhecimento ativo e seguro.

Objetivo Específico: Informar os profissionais do centro de dia sobre: Gestão de situações de negligência e violência sobre idosos, como prevenir e intervir.

Duração: 30 minutos (aproximadamente)

Data – 18/12/ 2017.

Hora – 14h00

Local – Centro de dia de uma comunidade rural no Baixo Alentejo.

Apêndice VIII

Sessão de Educação para a Saúde – Diagnóstico de saúde dos utentes com 65 e mais anos da extensão de saúde da USF de uma comunidade rural no Baixo Alentejo

PLANO DA APRESENTAÇÃO

Tema da Sessão - Diagnóstico de situação dos utentes com 65 e mais anos da extensão de saúde da USF de uma comunidade rural no Baixo Alentejo (Avaliação do risco de violência sobre idosos na comunidade)

População Alvo - Os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar que prestam cuidados na comunidade rural no Baixo Alentejo.

Formador - Enfermeira Cidália Rato (Mestranda).

Objetivos Geral Promover a capacitação dos idosos com 65 e mais anos de uma comunidade rural alentejana no âmbito do envelhecimento ativo e seguro e contínua promoção da saúde.

Objetivo específico-Informar os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar da comunidade rural no Baixo Alentejo sobre os fatores risco de violência nos idosos da população alvo.

Duração - 30 minutos (aproximadamente)

Data – 18/01/ 2018.

Hora - 14h00

Local - Unidade de Saúde Familiar (**sala de formação**)