



**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**PROMOVER A SAÚDE DO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO: UMA INTERVENÇÃO  
INTERGERACIONAL EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

REALIZADO POR:  
**Catarina Rocha Lages**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO APRESENTADO À ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
ATLÂNTICA PARA OBTENÇÃO DE GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE  
PÚBLICA**

**PROMOVER A SAÚDE DO IDOSO  
INSTITUCIONALIZADO: UMA INTERVENÇÃO  
INTERGERACIONAL EM ENFERMAGEM  
COMUNITÁRIA**

REALIZADO POR:

**Catarina Rocha Lages**

ORIENTADO POR:

**Professora Doutora Paula Agostinho**

Dezembro 2025, Barcarena

*o autor é o único responsável pelas  
ideias expressas neste relatório*

Página deixada em branco propositalmente

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu namorado André, pela paciência, pelo incentivo constante e por ser um apoio incondicional em todos os momentos. A ti, por acreditares sempre em mim, mesmo quando eu própria duvido, o meu profundo agradecimento.

À minha família, em especial aos meus pais, Marcelina e Fernando, à minha irmã, Marta, e à minha tia Fernanda, que foram os meus pilares nesta jornada. Pela força, pelo amor e por nunca me deixarem caminhar sozinha, este percurso também vos pertence.

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Saúde Atlântica, pelo conhecimento transmitido, pelos desafios lançados e pelas oportunidades de crescimento que marcaram esta caminhada.

À minha docente orientadora pedagógica, Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Agostinho, pela disponibilidade verdadeiramente constante, a qualquer hora, pelo rigor científico aliado a um profundo humanismo e pela forma empática e acolhedora como sempre me acompanhou. Por ter acreditado em mim mesmo nos momentos de maior dúvida, por me motivar, dar a mão quando mais precisava e me guiar, com exigência e carinho, até à concretização deste trabalho.

Às minhas orientadoras de ensino clínico, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e na Unidade de Saúde Pública (USP), Sras. Enf.<sup>as</sup> Supervisoras Clínicas, pela dedicação, exigência e incentivo ao pensamento crítico, que contribuíram de forma significativa para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas onde desenvolvi o meu projeto e a todas as pessoas que nela trabalham, pelo apoio, disponibilidade e dedicação, tornando tudo possível.

A todos os idosos e participantes do projeto, cujo envolvimento e partilha deram um sentido ainda mais profundo a este trabalho.

Às crianças envolvidas na intervenção intergeracional, que foram uma peça essencial na abordagem desenvolvida com os idosos, trazendo alegria, energia e um impacto transformador para a dinâmica da intervenção.

À minha família, que esteve sempre presente, independentemente da distância ou das dificuldades. Aos meus pais, Marcelina e Fernando, pelo apoio incondicional e pela força transmitida em cada etapa. À minha irmã, Marta, que, mesmo longe, nunca deixou de me apoiar. À minha tia Fernanda, pela positividade constante e pelo otimismo contagiante, que sempre me ajudaram a manter o foco e a motivação.

Ao meu namorado André, por ser um companheiro incrível, por estar ao meu lado em todos os momentos e por me fazer acreditar que cada esforço vale a pena.

Com muito carinho e alegria, ao grupo das minhas amigas da vida, que estiveram sempre ao meu lado, trazendo leveza, apoio e cumplicidade a cada etapa deste percurso.

Aos meus amigos e colegas de curso, que fizeram parte desta caminhada, pelas partilhas, pelo apoio e pelos momentos de superação conjunta. Em especial, à nossa delegada de turma, pela força, resiliência e capacidade de unir o grupo, sendo um verdadeiro pilar para toda a turma.

A todos, a minha profunda gratidão.

## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional e a institucionalização de idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas apresentam desafios à saúde mental. A institucionalização pode agravar o isolamento social, a solidão e a depressão no idoso, sobretudo quando há perda de autonomia e contacto familiar reduzido. A depressão é uma das patologias mais prevalentes nos idosos e, frequentemente, subdiagnosticada. Com o objetivo de promover a saúde mental do idoso institucionalizado, foi desenvolvido um projeto de intervenção numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, na área metropolitana de Lisboa.

**Metodologia:** O presente trabalho seguiu a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993). A recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e a Escala de Solidão da *University of California, Los Angeles* (UCLA-16).

**Resultados:** A análise revelou que cerca de um quarto dos idosos apresentava sentimentos negativos de solidão e cerca de 56% manifestava sentimentos depressivos, de ligeiros a graves. Foi identificada uma relação significativa entre os sentimentos de solidão e os depressivos. Perante os diagnósticos identificados, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária com foco na implementação de uma intervenção intergeracional.

**Conclusão:** O projeto desenvolvido reflete as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, evidenciando intervenções planeadas na saúde mental dos idosos institucionalizados, através da interação social.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso; Depressão; Solidão; Promoção da Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Population ageing and the institutionalization of the elderly in residential care facilities pose challenges to mental health. Institutionalization may exacerbate social isolation, loneliness, and depression among the elderly, particularly when autonomy is lost and family contact is limited. Depression is among the most prevalent mental disorders in the elderly and is frequently underdiagnosed. With the aim of promoting the mental health of institutionalized elderly people, an intervention project was developed in a residential care facility for the elderly in the Lisbon metropolitan area.

**Methodology:** This study followed the Health Planning methodology of Imperatori and Giraldes (1993). Data collection included a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the UCLA Loneliness Scale (UCLA-16).

**Results:** The analysis revealed that approximately one quarter of the elderly reported negative feelings of loneliness, and about 56% exhibited depressive symptoms ranging from mild to severe. A significant relationship was identified between loneliness and depressive symptoms. In light of the identified diagnoses, a community intervention project was developed, focusing on the implementation of an intergenerational intervention.

**Conclusion:** The project developed reflects the competencies of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing, highlighting planned interventions targeting the mental health of institutionalized elderly people through social interaction.

**Keywords:** Health of the Elderly; Depression; Loneliness; Health Promotion; Community Health Nursing.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	20
1.1. Enquadramento Conceptual .....	20
1.1.1. Saúde Mental nos Idosos .....	20
1.1.2. Sentimentos de Solidão e Sintomatologia Depressiva nos Idosos.....	21
1.1.3. A Institucionalização e o seu Impacto no Idoso .....	24
1.2. Referencial Teórico em Enfermagem .....	27
1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública ....	29
1.4. Caracterização dos Contextos de Estágio e do Local de Intervenção .....	31
2. METODOLOGIA PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	37
2.1. Diagnóstico de Situação .....	37
2.1.1. População, Amostra e Critérios de Inclusão .....	38
2.1.2. Recursos/Orcamento .....	39
2.1.3. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados.....	39
2.1.4. Procedimentos de Análise de Dados.....	41
2.1.5. Considerações Éticas .....	41
2.2. Apresentação e Análise dos Resultados .....	43
2.2.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes .....	44
2.2.2. Avaliação da Sintomatologia Depressiva nos Idosos na ERPI .....	46
2.2.3 Avaliação do Estado de Sentimentos de Solidão no Idoso na ERPI .....	48
2.2.4. Relação das Variáveis do Estado de Sintomatologia Depressiva com as Características Sociodemográficas dos Idosos na ERPI.....	51
2.2.5. Relação das Variáveis do Estado de Sentimentos de Solidão com as Características Sociodemográficas dos Idosos na ERPI .....	52
2.2.6 Avaliação da Relação do Estado de Sentimentos de Depressão com o Estado de Sentimentos de Solidão dos Idosos na ERPI.....	55

2.3 Problemas Identificados e respectivos Diagnósticos de Enfermagem.....	56
2.4. Definição de Prioridades.....	58
2.5. Definição de Objetivos.....	60
2.6. Seleção de Estratégias.....	63
2.7. Preparação e Execução do Projeto.....	66
2.8. Implementação da Intervenção.....	70
2.9. Avaliação da Intervenção.....	71
3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXÃO.....	75
3.1. Discussão dos Resultados.....	75
3.1.1. Perfil Sociodemográfico.....	75
3.1.2. Sintomatologia Depressiva (GDS-15).....	76
3.1.3. Solidão (UCLA-16).....	76
3.1.4. Associações e Determinantes.....	77
3.1.5. Síntese interpretativa e implicações para a prática.....	78
3.2. Competências Adquiridas.....	80
3.3. Limitações.....	83
3.4. Sugestões Futuras.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88
ANEXOS E APÊNDICE.....	I
ANEXO I – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	II
ANEXO II – Diagrama do Modelo das Transições de Afaf Meleis.....	III
ANEXO III – Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15).....	IV
ANEXO IV – Escala de Solidão da <i>University of California</i> , Los Angeles (UCLA) de 16 itens (UCLA-16).....	V
ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA.....	VI

ANEXO VI – Autorização da Direção Técnica da ERPI para Implementar o Projeto .....	VII
ANEXO VII – Autorização por Mensagem da Autora da Escala UCLA-16 .....	IX
ANEXO VIII – Certificados de Apresentações Científicas durante o Mestrado .....	X
APÊNDICE I – Cronograma de Atividades .....	XI
APÊNDICE II – Orçamento do Projeto .....	XIII
APÊNDICE III – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfico.....	XV
APÊNDICE IV – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para os Participantes .....	XVII
APÊNDICE V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para os Representantes Legais .....	XVIII
APÊNDICE VI – Plano de Sessão 1 – Estimulação Cognitiva com Painéis de <i>Montessori</i> ....	XIX
APÊNDICE VII – Plano de Sessão 2 – Oficina de Decorações de Natal.....	XX
APÊNDICE VIII – Plano de Sessão 3 – Criação de um Jardim de Ervas Aromáticas.....	XXI
APÊNDICE IX – Plano de Sessão 4 – Ginástica Lúdica .....	XXIII
APÊNDICE X – Plano de Sessão 5 – Músicas Natalícias.....	XXV
APÊNDICE XI – Plano de Sessão 6 – Culinária Natalícia Saudável - Receitas com Menos Açúcar .....	XXVII
APÊNDICE XII – <i>Book</i> Fotográfico.....	XXIX

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos idosos na ERPI, segundo as variáveis sociodemográficas .....	45
<b>Tabela 2</b> - Análise descritiva da GDS-15 por item (valores médios) .....	47
<b>Tabela 3</b> - Análise descritiva da GDS-15 numa ERPI.....	47
<b>Tabela 4</b> - Frequência das opções de resposta dos itens da escala da UCLA-16 .....	48
<b>Tabela 5</b> - Análise descritiva da UCLA-16 por item .....	50
<b>Tabela 6</b> - Análise de medidas de tendência central ou dispersão da UCLA .....	51
<b>Tabela 7</b> - Correlações entre a pontuação do GDS-15 e as variáveis da idade, escolaridade, tempo de residência na ERPI e visitas de familiares.....	51
<b>Tabela 8</b> - Relação entre sentimentos de solidão e a variável de caracterização da amostra (sexo, grupo etário e estado civil).....	52
<b>Tabela 9</b> - Relação entre sentimentos de solidão (categorização) e as variáveis de caracterização da amostra (sexo, grupo etário e estado civil). .....	53
<b>Tabela 10</b> - Relação entre a pontuação de solidão (UCLA-16) e a frequência de visitas aos idosos da amostra. ....	54
<b>Tabela 11</b> - Relação entre a categorização dos sentimentos de solidão (sem/com sentimentos negativos) e o facto dos participantes receberem ou não visitas. ....	54
<b>Tabela 12</b> - Avaliação da relação do estado de sentimentos de depressão com o estado de sentimentos de solidão dos idosos na ERPI .....	55
<b>Tabela 13</b> - Priorização dos diagnósticos de enfermagem CIPE® .....	58

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Problemas identificados e respectivos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® .....	57
<b>Quadro 2</b> - Estratégias de intervenção consoante o diagnóstico e objetivo específico .....	65
<b>Quadro 3</b> - Plano Operacional do Projeto .....	68

## ÍNDICE DE GRÁFICO

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição da amostra na ERPI, segundo o sexo .....	44
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição de cada escalão etário dos idosos da ERPI.....	44
<b>Gráfico 3</b> - Resultados da Escala de Depressão (GDS-15) .....	46
<b>Gráfico 4</b> - Categorização da pontuação da UCLA-16 .....	49
<b>Gráfico 5</b> – Coeficiente de dispersão entre GDS-15 e UCLA-16.....	55

## LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ANOVA – *Analysis of Variance* (Análise de Variância)

APEEEC – Associação Portuguesa de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19 – Doença por coronavírus 2019 (*Coronavirus Disease 2019*)

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM-5 – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5.ª edição

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ESSATLA – Escola Superior de Saúde Atlântica

GDS-15 – Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (*Geriatric Depression Scale – 15 items*)

GEP–MTSSS – Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho,  
Solidariedade e Segurança Social

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

M/F – Masculino/Feminino

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

PORDATA – Base de Dados Portugal Contemporâneo

RIAGE – *Revista de Investigação em Enfermagem, Gestão e Educação*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNS 24 – Serviço Nacional de Saúde – linha telefónica 24

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCLA-16 – Escala de Solidão da *University of California, Los Angeles*, versão de 16 itens  
(*UCLA Loneliness Scale – 16 items*)

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial da Saúde)

YLD – *Years Lived with Disability* (Anos Vividos com Incapacidade)

## LISTA DE SÍMBOLOS, ABREVIATURAS ESTATÍSTICAS E UNIDADES

$\alpha$  – Coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna)

$\chi^2$  – Estatística do teste do qui-quadrado de Pearson

DP – Desvio-padrão

*gl* – Graus de liberdade

km<sup>2</sup> – Quilómetro quadrado

Máx. – Valor máximo

Mín. – Valor mínimo

*n* – Tamanho da amostra / frequência absoluta

*p* – Nível de significância estatística (*p-value*)

R<sup>2</sup> – Coeficiente de determinação

*r* – Coeficiente de correlação de Pearson

*t* – Estatística do teste *t* de Student

$\bar{x}$  – Média aritmética

% – Percentagem

## INTRODUÇÃO

O panorama demográfico global está a sofrer uma transformação significativa, caracterizada pelo aumento da proporção de idosos, sendo que Portugal não é exceção. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2023), a esperança média de vida no país aumentou consideravelmente nas últimas décadas. Este aumento resultou num rápido envelhecimento populacional e, conseqüentemente, num aumento do número de idosos residentes em instituições de longa duração. Estas instituições constituem respostas sociais de alojamento coletivo que asseguram supervisão contínua, apoio nas atividades de vida diária e cuidados de saúde de base (incluindo vigilância clínica e gestão terapêutica), promovendo a autonomia funcional e a participação social das pessoas idosas. Nestes contextos, o isolamento social é frequentemente intensificado por limitações estruturais, como restrições de mobilidade, rotinas diárias rígidas e oportunidades inadequadas para interações significativas (Chapman *et al.*, 2024). Tais fatores não só conduzem a sofrimento emocional, como também se associam à diminuição da qualidade de vida e a desfechos adversos em saúde. A solidão vivenciada pelos idosos institucionalizados transcende o mero isolamento social físico, representando uma experiência complexa e subjetiva, marcada pela perceção de desconexão social. Inúmeros fatores contribuem para este fenómeno, incluindo a perda de relações significativas, o declínio físico e cognitivo e a diminuição da autonomia, agravados, ainda, pela perturbação dos seus ambientes familiares (Solmi *et al.*, 2020; Araújo *et al.*, 2024).

Os idosos institucionalizados enfrentam, assim, profundos desafios emocionais e psicológicos, nomeadamente sentimentos generalizados de solidão e depressão. Os problemas de saúde mental, particularmente a depressão, prevalecem de forma alarmante entre os idosos institucionalizados. Esta condição encontra-se frequentemente associada à solidão, surgindo muitas vezes como consequência desta. A depressão, uma perturbação multifacetada, é influenciada por vários fatores, incluindo vulnerabilidades biológicas, condições de saúde concomitantes, perda de independência e stressores psicossociais inerentes à vida institucional (Jerez-Roig *et al.*, 2016; Guimarães *et al.*, 2019). A evidência científica indica que a incidência de depressão em ERPI é notavelmente superior à observada em idosos residentes na comunidade, sublinhando a necessidade urgente de identificar e abordar os respetivos fatores de risco (Wang, Q. *et al.*, 2024). Além disso, os sintomas de depressão nos idosos são

frequentemente subdiagnosticados, sendo regularmente confundidos com outras síndromes geriátricas ou atribuídos ao processo natural de envelhecimento (Borges *et al.*, 2021).

As ramificações da solidão e da depressão estendem-se para além da saúde mental, afetando negativamente o bem-estar físico e as capacidades funcionais. Cano *et al.* (2024) destacam a associação significativa entre a diminuição da independência física, uma menor qualidade de vida e os estados psicológicos dos idosos institucionalizados. Esta interrelação é exacerbada pela falta de envolvimento em atividades com propósito, o que fomenta um ciclo contínuo de isolamento emocional e deterioração física (Rodrigues *et al.*, 2025). Para fazer face a estes desafios interligados, é necessária uma compreensão abrangente dos idosos enquanto seres biopsicossociais, cada um com necessidades complexas e inter-relacionadas, tal como articulado na teoria das necessidades humanas básicas de Horta (1974; 1979).

A experiência de institucionalização representa, frequentemente, uma transição traumática para os idosos, que pode vivenciar um luto associado à perda do seu lar, de papéis sociais estabelecidos e de um sentido de identidade coerente (Duran & Altun, 2024). Tais perturbações emocionais podem impactar gravemente a sua autoestima, o sentido de propósito e a resiliência psicológica, destacando a necessidade de implementar intervenções psicossociais estruturadas e planos de cuidados personalizados, ancorados no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e complementados pela Teoria das Transições de Afaf Meleis. Este enquadramento teórico facilitará a adaptação à institucionalização e permitirá monitorizar indicadores fundamentais, como a ligação, a interação e a mestria (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010; Pender *et al.*, 2015; Melo, 2022).

A integração de um apoio social genuíno no acolhimento institucional pode mitigar sentimentos de solidão e depressão. No entanto, descobertas recentes apontam para barreiras estruturais e relacionais persistentes que impedem este processo. Intervenções como a terapia de reminiscência demonstraram eficácia no alívio dos sintomas depressivos e no aumento da satisfação com a vida. No entanto, muitas instituições encontram barreiras à implementação, relacionadas com a escassez de pessoal e com os desafios organizacionais (Siverová & Bužgová, 2018; Gil *et al.*, 2019). Chapman *et al.* (2024) corroboram esta perspetiva, referindo que, embora as relações interpessoais positivas entre a equipa e os

residentes facilitem as ligações sociais, problemas sistémicos como défice estrutural de pessoal, a formação inadequada em cuidados emocionais e o envolvimento familiar limitado constituem barreiras significativas. Além disso, os estigmas culturais associados à saúde mental no envelhecimento contribuem para uma maior marginalização das necessidades emocionais dos idosos (Verga *et al.*, 2024).

Para compreender plenamente a saúde mental dos idosos institucionalizados, é necessário considerar os determinantes sociais mais amplos da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) realça que as disparidades nas condições socioeconómicas, incluindo o rendimento, a educação e o acesso aos serviços de saúde, influenciam significativamente a experiência do envelhecimento (World Health Organization [WHO], 2008). Em Portugal, as estratégias nacionais de saúde reconheceram a importância de promover a saúde mental e o envolvimento social da população mais idosa. No entanto, ainda persiste uma lacuna evidente entre a teoria política e a prática institucional (República Portuguesa, 2023).

O presente relatório visa documentar o percurso desenvolvido durante os ensinamentos clínicos realizados, refletir sobre a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEESCSP) e de Mestre ao longo de todo o processo formativo e, por último, apresentar o projeto de intervenção comunitária implementado, justificando a sua pertinência e resultados.

Neste contexto, e tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o EEESCSP (Regulamento n.º 428/2018), este projeto insere-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissionalizante, do 1.º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). A intervenção decorreu numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) da área metropolitana de Lisboa, integrada na área de abrangência dos Ensinamentos Clínicos (EC). A escolha desta instituição prendeu-se não só pela sua acessibilidade e contexto, mas também por disponibilizar, de forma articulada, respostas sociais que permitem abordagens intergeracionais entre idosos e crianças, conforme mencionado na literatura científica atual.

O objetivo geral deste projeto consistiu em promover a saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas através de intervenções intergeracionais, operacionalizando-se em objetivos específicos que incluíram estimular a interação social dos idosos institucionalizados, através de atividades intergeracionais; capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogênicos, promovendo a sua autonomia e autoestima; promover o bem-estar físico e emocional dos idosos, através de atividades integradas e centradas na pessoa; e estimular a cognição e os sentidos dos idosos, recorrendo a dinâmicas terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.

O presente relatório foi elaborado segundo as normas da *American Psychological Association*, 7.ª edição (Lopes, 2021), conforme preconizado pela ESSATLA. Estrutura-se em três capítulos principais: o primeiro dedica-se ao enquadramento teórico e contextual, incluindo a definição dos conceitos-chave e o modelo de enfermagem que sustenta o projeto; o segundo capítulo apresenta a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1993), aplicada ao diagnóstico de situação, planificação e implementação da intervenção; e o terceiro capítulo inclui a análise crítica das competências adquiridas e desenvolvidas durante o EC, bem como as implicações para a prática futura da enfermagem comunitária. Por fim, são apresentadas as considerações finais, referências bibliográficas, anexos e apêndices que complementam o projeto.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL

### 1.1. Enquadramento Conceptual

#### 1.1.1. Saúde Mental nos Idosos

O envelhecimento humano é um processo natural, caracterizado por transformações biológicas, psicológicas e sociais que influenciam diretamente a saúde e o bem-estar. A saúde mental na população idosa é atualmente reconhecida como um componente essencial da saúde global, sendo influenciada por múltiplos determinantes, como o estado de saúde física, a funcionalidade, as relações sociais, a situação económica e as vivências emocionais ao longo da vida (WHO, 2022).

De acordo com a OMS, a saúde mental é definida como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo desenvolve as suas capacidades, consegue lidar com os desafios normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade”* (WHO, 2024). No caso dos idosos, este equilíbrio pode ser particularmente vulnerável, dada a acumulação de perdas significativas, como a morte de entes queridos, a reforma, a redução das redes de apoio, o declínio físico ou cognitivo e, até, a institucionalização.

Segundo a mesma organização (WHO, 2002), considera-se idoso o indivíduo com 65 ou mais anos nos países desenvolvidos, e com 60 ou mais anos nos países em desenvolvimento. Nesta faixa etária, estima-se que cerca de 15% da população mundial sofra de algum problema de saúde mental, sendo os mais frequentes a depressão, a ansiedade, os distúrbios do sono, o comprometimento cognitivo e o delírio (WHO, 2021a). Em Portugal, a situação não é distinta. Os últimos dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (2024), indicam que os distúrbios mentais estão entre as principais causas de incapacidade funcional (YLD – *Years Lived with Disability*) no país, com impacto significativo na qualidade de vida dos idosos e uma sobrecarga para os cuidadores e para os sistemas de saúde.

A saúde mental dos idosos é moldada por múltiplos determinantes, incluindo fatores individuais (como a personalidade, os estilos de vida e o historial de trauma ou doença psiquiátrica), familiares (como o isolamento social ou a ausência de suporte afetivo) e estruturais (como o acesso limitado a serviços de saúde mental adaptados, a escassez de

recursos humanos especializados e o estigma) (Vahabi *et al.*, 2023). Segundo o Conselho Nacional de Saúde (2019), o estigma associado às perturbações mentais nesta população continua a representar uma barreira significativa ao diagnóstico precoce e à intervenção eficaz, contribuindo para a cronificação dos sintomas e para o declínio funcional.

A pandemia de COVID-19 agravou significativamente o panorama da saúde mental dos idosos, acentuando o isolamento, a insegurança emocional e a dependência funcional. O *Relatório da Reforma da Saúde Mental em Portugal* (Xavier *et al.*, 2024) sublinha a necessidade urgente de políticas públicas robustas que promovam ambientes positivos, estratégias preventivas e cuidados integrados, adaptados às necessidades específicas desta população.

Importa ainda reforçar que a saúde mental em idade avançada deve ser promovida ao longo da vida, com especial foco no envelhecimento ativo, na manutenção das capacidades cognitivas e emocionais e na participação social. O *Plano de Ação para a Saúde Mental 2013–2030* da OMS (WHO, 2021b) e a *Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030*, também da OMS (WHO, 2021c), propõem linhas orientadoras nesse sentido, promovendo ações que vão desde a literacia em saúde mental até ao reforço dos serviços de proximidade.

Neste contexto, a ESCSP desempenha um contributo fundamental na promoção da saúde mental dos idosos, através de avaliações precoces, intervenções centradas na pessoa e ações comunitárias que favoreçam o bem-estar emocional, o autocuidado e a inclusão social.

Entre os vários problemas de saúde mental que afetam esta população, a solidão e a sintomatologia depressiva destacam-se como fenómenos interligados e particularmente prevalentes (Gardiner *et al.* 2020; Mann *et al.* 2022; Wang, Q. *et al.*, 2024).

### **1.1.2. Sentimentos de Solidão e Sintomatologia Depressiva nos Idosos**

A solidão, uma experiência profundamente subjetiva e complexa, ocorre quando existe uma incompatibilidade percebida entre as relações sociais desejadas e as efetivamente vivenciadas pelo indivíduo (Russel *et al.*, 1978). Entre os idosos, particularmente os que residem em ERPI, a solidão transcende a mera solidão física; manifesta-se como um estado emocional, caracterizado por sentimentos de vazio, abandono e rutura de ligações interpessoais significativas (Russel *et al.*, 1978; Hernández-López *et al.*, 2024). Os processos associados ao

envelhecimento, como a viuvez, a deterioração física e as transições para a vida institucional, amplificam significativamente a suscetibilidade dos idosos à solidão. A investigação indica, de forma consistente, que os indivíduos em ambientes institucionais reportam níveis mais elevados de solidão indesejada, em comparação com os seus pares que vivem na comunidade (Araújo *et al.*, 2024; Cano *et al.*, 2024). Tais sentimentos são, frequentemente, o resultado da rutura de ambientes familiares e da perda de redes sociais estabelecidas, que são cruciais para o bem-estar emocional.

A desconexão social, em contextos de cuidados continuados, é regularmente exacerbada por problemas sistémicos, incluindo a falta de pessoal, a falta de cuidados personalizados e oportunidades limitadas de envolvimento significativo com os pares e cuidadores (Chapman *et al.*, 2024). Além disso, o sentimento de solidão entre os idosos nestes ambientes não é uma experiência uniforme; é, pelo contrário, influenciado por uma variedade de fatores, desde histórias de vida individuais e contextos culturais até dinâmicas ambientais. As experiências de vida anteriores, o nível de literacia em saúde e o grau de autonomia mantido dentro da instituição contribuem para a experiência emocional da solidão (Solmi *et al.*, 2020; Wang, S. *et al.*, 2024). Em particular, para os idosos portugueses, os valores culturais que enfatizam a centralidade da família e a integração na comunidade podem exacerbar os sentimentos de abandono após a institucionalização, intensificando assim a carga emocional associada à solidão (Pocinho *et al.*, 2010; República Portuguesa, 2023).

Intimamente associada aos sentimentos de solidão, a sintomatologia depressiva é um fenómeno prevalente na população idosa. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (SNS 24, 2025), esta refere-se a um conjunto de sinais e sintomas que afetam o humor, o comportamento e o funcionamento global do indivíduo, como tristeza persistente, desinteresse por atividades anteriormente prazerosas, alterações no sono ou apetite, fadiga, sentimentos de inutilidade e dificuldades de concentração. Quando estes sintomas persistem por mais de duas semanas e causam prejuízo significativo no funcionamento diário, podem configurar um quadro de depressão clínica.

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), publicado pela *American Psychiatric Association* (2013), um diagnóstico formal de episódio depressivo

maior exige a presença de vários sintomas, de forma simultânea, com impacto funcional claro, e que não sejam atribuíveis a outras causas médicas ou ambientais. Contudo, mesmo na ausência de um diagnóstico clínico, a presença de sintomatologia depressiva é clinicamente relevante, dado o seu impacto negativo na qualidade de vida dos idosos e na sua saúde em geral.

Importa sublinhar que a relação entre solidão e sintomatologia depressiva é bidirecional e cumulativa. A solidão, não só serve como preditor para o início e agravamento dos sintomas depressivos, como também perpetua sentimentos de desespero através de mecanismos que promovem o isolamento emocional, a desesperança e uma sensação de inadequação social (Hernández-Galiot & Goñi, 2017; Li *et al.*, 2024). Por outro lado, os indivíduos com sintomatologia depressiva podem isolar-se ainda mais, exacerbando a sua solidão e diminuindo a sua recetividade ao apoio social (Verga *et al.*, 2024; Wang, S. *et al.*, 2024). Na perspetiva da enfermagem e da saúde pública, compreender esta dinâmica intrincada é vital para o desenvolvimento de intervenções direcionadas, que visem promover o bem-estar emocional, facilitar a reinserção social e oferecer cuidados holísticos (Pender *et al.*, 2015; Melo, 2022), tendo em conta a transição para a ERPI como uma mudança de papéis e rotinas (Meleis, 2010).

O declínio da capacidade funcional, que frequentemente acompanha o avançar da idade e a vida institucional, não só prejudica a capacidade de os indivíduos participarem ativamente em atividades sociais, como também afeta negativamente a sua autoestima (Cano *et al.*, 2024). Este declínio funcional pode fomentar sentimentos de inutilidade e, conseqüentemente, aumentar a suscetibilidade para a solidão e para a depressão. É de notar que intervenções como a terapia da reminiscência (terapia que incentiva os idosos a refletir e partilhar as suas experiências passadas) demonstraram eficácia na melhoria do humor, no reforço do autoconceito e na promoção de relações interpessoais entre idosos, incluindo aqueles com comprometimento cognitivo (Siverová & Bužgová, 2018; Gil *et al.*, 2019). Além disso, o incentivo às interações intergeracionais e a criação de oportunidades para manter a autonomia dentro das estruturas institucionais podem atenuar significativamente o sofrimento psicológico associado à solidão e à sintomatologia depressiva, cultivando um sentido de propósito e de pertença (Whear *et al.*, 2023).

### 1.1.3. A Institucionalização e o seu Impacto no Idoso

O fenómeno da institucionalização na terceira idade apresenta uma resposta complexa e inevitável aos inúmeros desafios associados ao envelhecimento, nomeadamente as doenças crónicas e a diminuição do apoio familiar. As instituições de longa duração são concebidas para oferecer segurança e cuidados de saúde continuados; no entanto, o modelo institucional de cuidados favorece o distanciamento emocional, o isolamento social e a diminuição da autonomia, fatores que afetam profundamente a saúde mental dos idosos (Guimarães *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2025). A importância destas consequências acentua-se face ao número crescente de idosos que residem em instituições de acolhimento, impulsionado pelo aumento da esperança média de vida e pelas alterações nas dinâmicas familiares (PORDATA, 2022; INE, 2023).

Entre as ramificações psicológicas mais prementes da institucionalização, sobressai a solidão. A investigação tem demonstrado, cada vez mais, que os idosos institucionalizados são particularmente vulneráveis a estes sentimentos de solidão, principalmente em ambientes carentes de oportunidades de conexão social e onde as atividades diárias são desprovidas de significado pessoal (Araújo *et al.*, 2024; Chapman *et al.*, 2024).

A depressão surge como outra condição prevalente e debilitante entre os idosos institucionalizados, frequentemente concomitante com a solidão e agravada pela perda de papéis sociais, experiências de luto, dependência física e diminuição da autonomia pessoal (Jerez-Roig *et al.*, 2016; Wang, Q. *et al.*, 2024). Um estudo conduzido por Cano *et al.* (2024) ilustra que os sintomas depressivos nos residentes em ERPI estão intrinsecamente ligados à redução da capacidade funcional e ao comprometimento da qualidade de vida. Estabelece-se, assim, um ciclo prejudicial no qual a deterioração física intensifica o sofrimento psicológico, o que, por sua vez, diminui a motivação para a reabilitação e o envolvimento social.

Em ambientes institucionais, a sintomatologia depressiva é frequentemente subvalorizada ou interpretada como parte do processo natural de envelhecimento, o que atrasa a implementação de intervenções adequadas (Borges *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2025.). A prevalência de sintomas depressivos em ERPI é consistentemente superior à observada entre idosos que vivem na comunidade, devido a fatores como a perda de papéis sociais, o

isolamento, o declínio funcional e a percepção de falta de propósito (Jerez-Roig *et al.*, 2016; Cano *et al.*, 2024).

Numerosos estudos elucidam que os idosos institucionalizados reconhecem a falta de apoio emocional e as perspectivas inadequadas para relações interpessoais significativas (Solmi *et al.*, 2020; Wang, Q. *et al.*, 2024). As rotinas estabelecidas nestas instituições, embora concebidas para eficiência operacional, resultam frequentemente numa atmosfera despersonalizante que sufoca as interações sociais espontâneas. O distanciamento dos ambientes familiares e dos entes queridos contribui para intensificar os sentimentos de abandono e exacerbar os estados depressivos (Siverová & Bužgová, 2018; Hernández-López *et al.*, 2024).

Os ambientes físicos das ERPI nem sempre oferecem o aconchego e a personalização característicos de um lar. Estes contextos, muitas vezes estéreis e altamente regulamentados, podem fomentar uma sensação de passividade e desamparo entre os idosos. Como enfatiza Horta (1974; 1979), a satisfação de necessidades humanas fundamentais, que vão desde a necessidade de conforto físico até ao desejo essencial de pertença, desempenha um papel fundamental na manutenção da estabilidade psicológica. Infelizmente, os contextos institucionais comprometem a autonomia e as preferências individuais, conduzindo à não satisfação de necessidades básicas.

As percepções sociais e culturais sobre o envelhecimento constituem outra camada que influencia o bem-estar mental dos residentes em instituições. A transição para um lar de idosos é muitas vezes associada a noções sociais de declínio, dependência e desinteresse. Tais percepções podem interiorizar-se e culminar em autoimagens negativas e sentimentos de inutilidade (Melo, 2022; Verga *et al.*, 2024), o que prejudica gravemente a saúde mental, principalmente quando acompanhada de doenças físicas ou de compromisso cognitivo.

É igualmente fundamental reconhecer a influência dos fatores nutricionais e do estilo de vida na saúde mental. As observações indicam que a adesão a padrões alimentares saudáveis, como a dieta mediterrânica, juntamente com a atividade física regular, está associada à redução dos sintomas depressivos entre os idosos (Hernández-Galiot & Goñi, 2017; Li *et al.*, 2024). No entanto, os indivíduos institucionalizados enfrentam frequentemente obstáculos à

manutenção destas rotinas, incluindo a mobilidade reduzida e planos alimentares rígidos, o que diminui ainda mais as oportunidades de autocuidado e regulação emocional.

Face a estas complexidades, as políticas públicas e os sistemas de saúde devem ser responsivos às necessidades diferenciadas dos idosos em contexto de cuidados institucionais. O Programa Nacional de Saúde para os Idosos (DGS, 2006) e o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026 (República Portuguesa, 2023) defendem abordagens abrangentes e centradas na pessoa idosa, valorizando a autonomia, os contextos de vida e as preferências individuais, especialmente em contextos institucionais. No entanto, permanece o desafio de muitas instituições de saúde continuarem a operar com base em modelos biomédicos, que priorizam a saúde física em detrimento do bem-estar psicossocial (VanDevanter *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2025).

O papel dos profissionais de saúde nas ERPI é vital para a compreensão do panorama da saúde mental dos residentes. Borges *et al.*, (2021) salientam que o bem-estar emocional dos cuidadores, juntamente com a sua capacidade de empatia e comunicação eficaz, é determinante para a satisfação dos residentes e para desfechos favoráveis em saúde mental. Por outro lado, o esgotamento profissional e a formação insuficiente da equipa podem dificultar o estabelecimento de relações de apoio, diminuindo, assim, as oportunidades de conexão emocional e agravando o isolamento dos residentes.

Os efeitos da institucionalização na saúde mental dos idosos são profundos, resultando sobretudo de mecanismos de isolamento social, perda de autonomia e estigmatização social. Embora as instituições desempenhem um papel fundamental no fornecimento do apoio necessário, devem evoluir para satisfazer as necessidades físicas e emocionais dos idosos. Para melhorar os resultados de saúde mental nestes contextos, são necessárias reformas estruturais, a prestação de cuidados empáticos e o desenvolvimento de ambientes terapêuticos que reconheçam e valorizem as identidades individuais. À medida que a sociedade enfrenta mudanças demográficas crescentes, abordar estas questões com urgência e compaixão não é apenas uma necessidade clínica, mas também um imperativo moral (Wang, R. *et al.*, 2019; Boamah *et al.*, 2021).

Estes fatores complexos influenciam a saúde do idoso institucionalizado e estão em consonância com as estruturas presentes no Modelo de Nola Pender (Pender *et al.*, 2015), que destaca o papel crucial dos determinantes psicossociais e ambientais na promoção da saúde.

## 1.2. Referencial Teórico em Enfermagem

A prática profissional do enfermeiro deve assentar em modelos e teorias que sustentem a tomada de decisão clínica e orientem o planejamento de intervenções, promovendo cuidados de enfermagem mais eficazes, consistentes e fundamentados (OE, 2023). No presente estudo, o referencial teórico principal é o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, por se adequar ao contexto de intervenção junto de idosos institucionalizados e por valorizar a promoção do bem-estar e da qualidade de vida como objetivos centrais da enfermagem. Complementarmente, integra-se o Modelo das Transições de Afaf Meleis, dado que a institucionalização, a viuvez e a adaptação a novos papéis sociais são processos de transição frequentemente referidos ao longo deste trabalho e decisivos para compreender a vulnerabilidade psicossocial desta população (Meleis, 2010; Meleis, 2018).

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, revisto em 1996 e atualizado em publicações subsequentes, explica os fatores que influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, indo além da prevenção da doença para se centrar na promoção ativa da saúde (Pender *et al.*, 2015). Este referencial encontra-se representado no Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Anexo I), o qual se estrutura em três eixos:

- Características e experiências individuais (p. ex., comportamentos anteriores e fatores pessoais);
- Cognitiones e afetos específicos ao comportamento (percepção de benefícios/barreiras, autoeficácia, afeto associado);
- Resultados comportamentais (compromisso com a ação e adoção efetiva de estilos de vida saudáveis).

Em idosos institucionalizados, barreiras como solidão, perda de papéis sociais, humor depressivo e distanciamento da rede familiar podem reduzir a motivação e a autoeficácia, tornando pertinentes intervenções que reforcem a autoestima, o sentido de pertença e o suporte social como alavancas para a mudança comportamental (Siverová & Bužgová, 2018; Gil *et al.*, 2019).

O Modelo das Transições de Afaf Meleis aprofunda a compreensão dos processos de mudança vivenciados por pessoas e grupos ao longo do ciclo de vida e perante eventos críticos. Descreve tipos de transição, como as desenvolvimentais, situacionais e de saúde ou doença, e analisa propriedades do processo, tais como a consciência, o envolvimento, as mudanças e diferenças, a duração temporal e os pontos críticos. Este quadro conceptual encontra-se sintetizado no Diagrama do Modelo das Transições de Afaf Meleis (Anexo II), onde se representam também os indicadores de transição saudável, que incluem sentir-se ligado a uma rede de suporte, interagir de forma efetiva, desenvolver confiança e estratégias de *coping*, alcançar mestria nas novas rotinas e reconstruir a identidade (Meleis, 2010; Meleis, 2018). No presente projeto, a transição para a ERPI configura uma transição situacional e de saúde, que pode aumentar a vulnerabilidade emocional. Assim, o modelo orienta a avaliação da prontidão e dos significados atribuídos à mudança, a clarificação de expectativas e de papéis, a mobilização de recursos formais e informais, o reforço das redes de suporte e a suplementação de papéis, sempre que necessário.

A conjugação do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender com a Teoria das Transições de Afaf Meleis reforça a coerência teórico-prática da intervenção. Pender ajuda a compreender como promover comportamentos salutogénicos, trabalhando a autoeficácia, as perceções de benefícios, o afeto positivo e o compromisso com a ação. Meleis clarifica quando e porquê determinadas estratégias se tornam mais relevantes, ao identificar momentos críticos da transição e indicadores de uma adaptação saudável, como a ligação social e o domínio sobre as rotinas da ERPI. As atividades intergeracionais, a terapia da reminiscência, a musicoterapia, a culinária partilhada, a estimulação cognitiva e a criação de um jardim de ervas funcionam, simultaneamente, como estratégias de promoção da saúde e como intervenções facilitadoras da transição, pois aumentam o envolvimento, o sentimento de pertença e a confiança para gerir o quotidiano institucional, aspetos particularmente

relevantes numa amostra maioritariamente viúva, com baixa escolaridade e tempos de institucionalização recentes ou prolongados.

Esta ancoragem teórica é consistente com o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023-2026, que enfatiza a promoção da autonomia, a prevenção da dependência e a valorização de cuidados integrados e centrados na pessoa (República Portuguesa, 2023), e com os regulamentos da OE, incluindo o Regulamento n.º 428/2018 sobre competências do EEESCSP e o Regulamento n.º 348/2015 sobre padrões de qualidade dos cuidados especializados. Estes documentos colocam o enfermeiro como agente ativo na promoção da saúde e na facilitação de transições, articulando a prática com os determinantes sociais da saúde. O modelo de Pender oferece a lógica salutogénica e motivacional das intervenções, enquanto a teoria de Meleis fornece a lógica processual, orientada para a redução da vulnerabilidade e para a transformação da experiência de institucionalização numa oportunidade de adaptação positiva e de bem-estar.

A análise conjunta a partir de ambos os modelos possibilita a identificação de barreiras específicas e a criação de estratégias adequadas, proporcionando uma abordagem centrada na pessoa, promotora da saúde mental e adaptada às especificidades do envelhecimento em contexto institucional.

### **1.3. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública**

A Enfermagem, enquanto disciplina científica e profissão autónoma, assume a responsabilidade de prestar cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo vital, tendo como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a adaptação a transições de vida condicionadas por problemas de saúde ou pela dependência (*International Council of Nurses, 2021*). Neste enquadramento, o EEESCSP detém competências acrescidas que o tornam responsável pela avaliação dos determinantes de saúde, pela definição de prioridades de intervenção e pela implementação de estratégias sustentadas na melhor evidência científica, alinhadas com as orientações políticas e os programas nacionais de saúde (Regulamento n.º 428/2018).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESCSP (Regulamento n.º 428/2018), compete ao especialista, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, avaliar o estado de saúde de uma comunidade; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar e coordenar Programas de Saúde de âmbito comunitário; e colaborar na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS). Compete-lhe, ainda, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, assegurando respostas de saúde adequadas às necessidades diagnosticadas.

Complementarmente, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESCSP (Regulamento n.º 348/2015) estabelece as responsabilidades do especialista no sentido de compreender de forma aprofundada os determinantes dos problemas de saúde; identificar necessidades em saúde de grupos e comunidades; conceber, planear e implementar projetos de intervenção que promovam ganhos em saúde; assegurar cuidados eficazes, integrados e ajustados às necessidades específicas; dinamizar programas de prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos; participar em parcerias interinstitucionais dirigidas a grupos vulneráveis; mobilizar parceiros comunitários para a resolução de problemas de saúde; cooperar na coordenação e monitorização de programas nacionais de saúde; e utilizar a evidência científica para fundamentar práticas inovadoras e sustentáveis.

O presente trabalho insere-se nesse processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, constituindo uma oportunidade para aplicar e consolidar os referenciais regulamentares. No caso particular dos idosos institucionalizados, o EEESCSP assume a responsabilidade de intervir perante necessidades psicossociais complexas, entre as quais se destacam a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão. Estas problemáticas são amplamente reconhecidas pela literatura como fatores de risco para a saúde mental e para a qualidade de vida em contexto de institucionalização (Guimarães *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2024; Cano *et al.*, 2024).

Através da metodologia do Planeamento em Saúde, o EEESCSP mobiliza competências para conceber e implementar projetos de intervenção que incluam práticas baseadas na evidência, como atividades intergeracionais, estimulação cognitiva, terapia da reminiscência e

programas de atividade física. Trata-se de estratégias cuja eficácia está demonstrada na redução da sintomatologia depressiva e na mitigação dos sentimentos de solidão (Siverová & Bužgová, 2018; Gil *et al.*, 2019; Whear *et al.*, 2023). Paralelamente, importa destacar a dimensão ética e relacional desta prática, assente em princípios como a empatia, a sensibilidade cultural e a prática reflexiva, os quais sustentam uma abordagem humanizada e holística ao idoso (Borges *et al.*, 2021).

Assim, este projeto representa simultaneamente uma resposta às necessidades prioritárias identificadas na população idosa institucionalizada e uma estratégia formativa de consolidação das competências do EEESCSP, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a valorização de um exercício profissional diferenciado.

Visando o fortalecimento e aquisição de competências especializadas em ESCSP, foi desenvolvido um cronograma que sistematiza as atividades planeadas e implementadas no âmbito dos EC (Apêndice I).

#### **1.4. Caracterização dos Contextos de Estágio e do Local de Intervenção**

De forma a preservar o anonimato dos locais de EC, respeitando a conduta ética, não foram mencionadas as referências dos Manuais de Acolhimento da Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e ERPI, onde os dados de caracterização foram consultados.

A USP integra-se no sistema local de saúde enquanto observatório da situação epidemiológica e dos determinantes de saúde da população, competindo-lhe a elaboração de informação em domínios da saúde pública, a vigilância epidemiológica, a gestão de programas de prevenção, promoção e proteção da saúde, bem como a colaboração no exercício das funções de autoridade de saúde, em conformidade com a legislação em vigor. A sua missão consiste em garantir à população o acesso a cuidados de saúde adequados, otimizando a utilização dos recursos disponíveis e assegurando a implementação de políticas e programas de saúde na sua área de atuação (Decreto-Lei n.º 52/2022).

A USP, onde decorreu o EC, localiza-se na Área Metropolitana de Lisboa e é responsável por um território de grande dimensão populacional e geográfica, representando uma área de cerca de 320.000 km<sup>2</sup> e integrando um conselho e onze freguesias, com uma população residente de cerca de 385.000 habitantes (INE, 2022). Deste total, 376.348 utentes encontram-se inscritos nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da sua área de influência. O índice de dependência é de 50,61%, correspondendo 22,05% à população jovem e 28,56% à população idosa (Serviço Nacional de Saúde [SNS], n.d.).

No âmbito da recente reforma do SNS, com a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que levou à criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e à extinção dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a USP foi integrada numa ULS, com início de atividade a 1 de janeiro de 2024. A USP desenvolve a sua atividade com autonomia técnica e organizacional, assegurando a necessária articulação interinstitucional e intersectorial com as restantes unidades funcionais do sistema local de saúde. Cooperar com um total de 36 unidades funcionais, incluindo USF, UCSP, UCC, Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipas Coordenadoras Locais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e Centro de Tratamento de Feridas Complexas.

A equipa multidisciplinar da USP, integra 6 médicos de Saúde Pública, que acumulam funções de Autoridade de Saúde, 5 internos da especialidade, 8 enfermeiros, dos quais 6 são especialistas em Enfermagem de Saúde Comunitária, 1 é especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 é enfermeiro generalista, 9 Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, dos quais 2 em Higiene Oral e os restantes em Saúde Ambiental, 1 Técnico Superior de Saúde e 5 Assistentes Técnicos, o que assegura uma resposta diversificada e integrada às necessidades da população (Manual de Acolhimento USP, 2020).

No que respeita às áreas de intervenção, a USP encontra-se envolvida em múltiplos projetos e programas. Entre estes, destaca-se a atividade desenvolvida nas Consultas Respiratórias na Comunidade, que sucederam ao antigo Centro de Diagnóstico Pneumológico, assegurando o seguimento clínico e de enfermagem de pessoas com tuberculose ativa ou infeção latente e

promovendo o rastreio da doença. A USP coordena ainda um Projeto de Literacia em Saúde destinado a ERPI, elabora Planos de Contingência para a saúde sazonal, gere a vacinação no âmbito do Programa Nacional de Vacinação e organiza campanhas de vacinação sazonal dirigidas a grupos vulneráveis, incluindo idosos institucionalizados (Manual de Acolhimento USP, 2020).

Adicionalmente, a USP coordena o Grupo Local do Plano de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos, participa no Conselho Clínico e de Saúde da ULS e integra o Grupo de Trabalho da Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes. Desenvolve, também, iniciativas de sensibilização e prevenção relativamente à mutilação genital feminina e integra a Rede Nacional de Vigilância de Vetores. Outras funções relevantes incluem a monitorização de doenças de notificação obrigatória, a gestão de emergências de saúde pública, bem como a participação no Observatório Local de Saúde, contribuindo para a elaboração do Perfil e do Plano Local de Saúde (Manual de Acolhimento USP, 2020).

Durante o EC, foi possível participar em várias atividades desenvolvidas pela unidade, nomeadamente consultas no âmbito das consultas respiratórias na comunidade, vistorias em contexto escolar no quadro do Programa Nacional de Saúde Escolar, trabalho de campo com técnicos de saúde ambiental, acompanhamento da Autoridade de Saúde em situações de saúde mental, participação em reuniões do Observatório Local de Saúde e em ações de sensibilização comunitária. Destaca-se, ainda, o desenvolvimento de competências na área da vigilância epidemiológica, através da realização de múltiplos inquéritos epidemiológicos.

A UCC constitui uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde de proximidade, apoio psicológico e social, dirigida especialmente a pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade acrescida, risco ou dependência. A sua ação desenvolve-se em articulação com as restantes unidades funcionais da rede de cuidados de saúde primários, assegurando a continuidade e integração de cuidados à população do território abrangido. A coordenação desta unidade é da responsabilidade de uma enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

A missão da UCC consiste em intervir “na” e “com” a comunidade, estabelecendo parcerias com diferentes instituições locais, de modo a responder de forma integrada às necessidades

da população residente. A sua área de atuação caracteriza-se por elevada densidade populacional, reunindo mais de 110 mil habitantes numa superfície territorial reduzida, o que coloca desafios acrescidos à organização dos serviços e à prestação de cuidados de saúde (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

O modelo assistencial adotado é centrado no cidadão e assenta numa abordagem comunitária abrangente, que inclui promoção da saúde, prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e o acompanhamento em situações de maior vulnerabilidade. Entre os serviços disponibilizados, destacam-se a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que assegura apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, e a Equipa de Intervenção Comunitária e Saúde Escolar, cuja atuação contempla atividades de promoção da saúde junto de crianças, jovens e famílias, integrando igualmente programas de intervenção precoce e de proteção de crianças e jovens em risco (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

No plano da cooperação institucional, a UCC desenvolve em estreita articulação com as USF, UCSP, o hospital de referência da região e múltiplas instituições sociais, agrupamentos de escolas e autarquias, contribuindo para a concretização dos objetivos do PNS 2021–2030. A unidade assume também um papel relevante na formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e na participação em projetos de investigação aplicada em contexto comunitário (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

No que diz respeito aos recursos humanos, a UCC conta com uma equipa multiprofissional composta por 10 enfermeiros: 2 Enfermeiros Especialistas em ESCSP, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, 2 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação e 5 Enfermeiros Generalistas. A equipa dispõe ainda de 2 Secretários Clínicos e de outros técnicos: 1 Psicóloga Clínica e de Saúde, 1 Médico de Medicina Geral e Familiar (apoio de 4 horas quinzenais), 1 Assistente Social (7 horas semanais), 1 Fisioterapeuta (7 horas semanais) e 1 Higienista Oral (5 horas semanais). Esta diversidade de competências permite assegurar uma resposta alargada e diferenciada às necessidades da comunidade (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

Apesar da relevância da sua missão, a UCC enfrenta constrangimentos significativos em termos de recursos físicos e logísticos. O número reduzido de equipamentos clínicos e de

meios de comunicação limita a capacidade de resposta, sendo muitas vezes necessário recorrer a recursos pessoais da equipa para garantir o funcionamento das atividades. Adicionalmente, os automóveis disponíveis para apoio domiciliário são escassos e a ausência de motorista constitui um entrave à sua plena utilização.

Não obstante estes desafios, a UCC representa um recurso essencial na rede de cuidados de saúde comunitários, assumindo-se como uma unidade promotora de equidade, acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados prestados à população (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

No que concerne ao local de intervenção, a ERPI selecionada integra uma instituição do setor solidário, situada na Área Metropolitana de Lisboa. Desenvolve a sua atividade no âmbito da ação social, prestando cuidados integrados e continuados a pessoas idosas em situação de dependência, com o objetivo de promover o seu bem-estar, qualidade de vida e dignidade. Esta resposta social está inserida num Complexo de Apoio ao Idoso e à Família, onde funciona também um Centro de Dia, permitindo uma resposta mais abrangente e adaptada às diferentes necessidades dos idosos (Manual de Acolhimento UCC, 2022).

A ERPI possui capacidade para acolher 65 utentes, estando 60 abrangidos pelo acordo de cooperação com a Segurança Social (incluindo 15 vagas cativas, atribuídas mediante referência pelos serviços da Segurança Social) e 5 utentes admitidos em regime extra-acordo. O edifício, onde a resposta social se encontra implementada, foi construído de raiz, com vista a proporcionar condições adequadas de habitabilidade, conforto e segurança, distribuindo-se por três pisos funcionais. As instalações incluem 33 quartos (22 duplos, 6 individuais e 5 triplos), todos devidamente equipados, bem como gabinetes médico e de enfermagem, gabinete de fisioterapia, sala de refeições, sala de atividades, salas de convívio, capela/sala polivalente, espaços de imagem e bem-estar, lavandaria, cozinha, copa, várias arrecadações, instalações sanitárias, salas de reuniões e diversos espaços exteriores destinados ao lazer e mobilidade dos residentes (Manual de Acolhimento da ERPI, 2022).

A organização e gestão técnica da ERPI são da responsabilidade da Diretora Técnica, licenciada em Serviço Social, que coordena a equipa multidisciplinar, define normas e orientações de atuação e acompanha os processos de admissão. A Coordenadora Técnica assegura a

articulação e coordenação das áreas terapêuticas, incluindo fisioterapia, acompanhamento na área da saúde mental e cuidados de imagem e beleza. A Gerontóloga realiza a avaliação gerontológica numa perspetiva biopsicossocial e desenvolve, em colaboração com a equipa, intervenções que visam promover o envelhecimento ativo e o bem-estar físico, psicológico e social dos residentes (Manual de Acolhimento da ERPI, 2022).

As Ajudantes de Ação Direta constituem um pilar essencial na prestação de cuidados diários aos utentes, assegurando tarefas como a higiene, o conforto, a alimentação, a organização dos espaços pessoais, o acompanhamento e a integração social, sob orientação e supervisão dos enfermeiros. A instituição conta ainda com uma equipa de saúde composta por um Médico de Medicina Geral e Familiar, que realiza consultas regulares e acompanha a situação clínica dos residentes, e por Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em período diurno. Em regime de cedência de espaço, a ERPI beneficia ainda da colaboração de um Médico Especialista em Psiquiatria, de um fisioterapeuta e de uma cabeleireira (Manual de Acolhimento da ERPI, 2022).

Complementarmente, a ERPI apoia-se numa estrutura administrativa e logística que garante o adequado funcionamento dos serviços, nomeadamente através dos serviços de receção e atendimento ao público, serviços administrativos, cozinha, lavandaria, higiene e limpeza, assegurados por profissionais qualificados. O financiamento da resposta social advém de receitas próprias (comparticipações familiares, quotizações e outras receitas dos utentes), subsídios públicos, nomeadamente da Segurança Social, e apoios institucionais locais, como os da Junta de Freguesia, bem como de doações (Manual de Acolhimento da ERPI, 2022).

A ERPI, com uma equipa de profissionais, pauta a sua atuação por uma abordagem centrada na pessoa, promovendo a individualidade, a autonomia, a inclusão social e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, respeitando os seus direitos, preferências e necessidades. A promoção da saúde, o envelhecimento ativo e o respeito pelas histórias de vida constituem princípios orientadores da prática assistencial desenvolvida nesta resposta social (Manual de Acolhimento da ERPI, 2022).

## **2. METODOLOGIA PARA O PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Como referido anteriormente, compete ao EEESCSP proceder à avaliação do estado de saúde de uma comunidade, recorrendo à metodologia do Planeamento em Saúde, com o objetivo de desenvolver intervenções ajustadas às necessidades identificadas e de promover a otimização dos recursos disponíveis (Regulamento n.º 428/2018).

O presente capítulo tem como finalidade descrever e analisar as diferentes etapas do processo de Planeamento em Saúde proposto por Imperatori & Giraldes (1993). Este processo contempla a elaboração do plano, que inclui o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a formulação de objetivos, a seleção de estratégias e a construção do projeto, bem como a execução do plano e a respetiva avaliação.

### **2.1. Diagnóstico de Situação**

A primeira etapa do Planeamento em Saúde corresponde ao diagnóstico de situação, o qual deve estar claramente definido e ajustado às necessidades da comunidade em estudo, constituindo a base para a fundamentação das intervenções a desenvolver. Este diagnóstico deve ser abrangente, de modo a permitir a identificação dos principais problemas de saúde e dos respetivos fatores determinantes (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação foi conduzido com o objetivo geral de avaliar a prevalência de sintomatologia depressiva e sentimentos de solidão em idosos residentes em contexto de ERPI. De forma mais específica, pretendeu-se identificar as características sociodemográficas dos participantes, avaliar a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão, bem como analisar a relação entre estas dimensões e as variáveis sociodemográficas. Para além disso, procurou-se avaliar a associação existente entre a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão na população idosa institucionalizada e identificar as áreas prioritárias de intervenção.

### 2.1.1. População, Amostra e Critérios de Inclusão

Entende-se por população-alvo o conjunto de unidades de análise ao qual se pretende aplicar os resultados e as conclusões do estudo (Patrício *et al.*, 2017). A população de estudo, ou amostra, corresponde ao grupo de indivíduos que participa efetivamente na investigação. Em qualquer processo de investigação, torna-se necessário definir critérios de seleção, de inclusão e de exclusão, uma vez que não é exequível, por limitações de tempo e de recursos, envolver todos os elementos da população-alvo (Nené & Sequeira, 2022).

Importa referir que, no concelho de abrangência dos EC, o envelhecimento populacional é particularmente evidente. Entre 2011 e 2021, o número de idosos cresceu cerca de 33,4% (INE, 2021). A capacidade de resposta das ERPI, entre 2015 e 2023, aumentou de 1 606 para 1 775 lugares (+10,5%) e o número de utentes institucionalizados passou de 1 404 para 1 570 (+11,8%), refletindo uma taxa de utilização igualmente elevada (87,4% para 88,5%) (GEP–MTSSS, 2023). Esse crescimento, aliado ao aumento da esperança média de vida, acentua o peso relativo da população idosa, destacando a necessidade de políticas direcionadas a este grupo vulnerável neste conselho. Dados locais apontam igualmente para preocupações com a saúde mental: em 2017, 19,5% dos idosos tinham prescrições prolongadas de psicofármacos como ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos. No mesmo ano, as perturbações depressivas foram o terceiro problema de saúde mais registado no agrupamento, com uma incidência de 7,7%, valor superior aos 6,2% registados em 2013 (Plano Local de Saúde, 2023 – referência completa omitida para preservar a proteção de dados).

A seleção da ERPI para o desenvolvimento deste projeto prendeu-se com o facto de esta se encontrar integrada na área de abrangência dos EC, o que possibilitou um contacto contínuo e aprofundado com a realidade institucional. Acresce que o facto de esta ERPI estar integrada numa instituição de carácter social que disponibiliza diversas respostas, nomeadamente Creche, Educação Pré-Escolar, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Centro de Dia, representou uma oportunidade concreta de articulação entre diferentes faixas etárias e de desenvolvimento de projetos intergeracionais, indo de encontro à revisão da literatura.

Neste contexto, a população-alvo correspondeu aos idosos residentes em ERPI da Área Metropolitana de Lisboa. A amostra foi constituída por 34 idosos institucionalizados,

selecionados de acordo com critérios previamente definidos. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos, residência na ERPI do estudo e capacidade de compreensão e colaboração no preenchimento dos instrumentos de avaliação. Como critérios de exclusão, definiu-se a presença de diagnóstico clínico de demência avançada ou de outro comprometimento cognitivo severo que inviabilizasse a participação consciente e informada no estudo, conforme avaliação da equipa de saúde da instituição.

A seleção da amostra foi realizada por amostragem não probabilística por conveniência, atendendo à acessibilidade e disponibilidade dos participantes. Embora esta técnica não assegure a representatividade estatística de toda a população de idosos institucionalizados, revelou-se adequada ao contexto, permitindo uma recolha de dados, em conformidade com os princípios do consentimento informado e da confidencialidade.

### **2.1.2. Recursos/Orçamento**

O projeto não beneficiou de financiamento externo. O orçamento foi maioritariamente suportado pela investigadora, incluindo despesas de combustível nas deslocações em viatura própria, aquisição de materiais para as atividades (p. ex., painéis tipo *Montessori* em madeira e módulos de velcro, colas, purpurinas, espátulas, vasos, terra e plantas aromáticas), recargas/rolos para máquina fotográfica analógica (equipamento próprio) e a produção/encadernação de um *book* fotográfico entregue à instituição. Para suporte sonoro, foi utilizada coluna portátil própria.

A ERPI disponibilizou salas e algum equipamento (bolas, barras e pequenos instrumentos musicais) e, na sessão de culinária, os ingredientes, os utensílios e o apoio do cozinheiro.

O detalhe completo dos custos e recursos encontra-se no Apêndice II. Não se registaram apoios financeiros, patrocínios ou benefícios em espécie que configurem conflitos de interesse.

### **2.1.3. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados**

A qualidade do diagnóstico situacional está diretamente relacionada com a relevância e fiabilidade dos dados recolhidos (Imperatori & Giraldes, 1993). No presente estudo, a recolha

de dados foi realizada através de três questionários, de modo a responder aos objetivos definidos. Esta opção metodológica justificou-se pela natureza sensível dos temas em análise, como a solidão e a sintomatologia depressiva, exigindo uma abordagem empática e personalizada que favorecesse a criação de um ambiente de confiança mútua entre investigador e participante (Sax *et al.*, 2023). A aplicação presencial dos questionários (heteroaplicação) mostrou-se particularmente adequada junto da população idosa, não só por facilitar a clarificação imediata de dúvidas e melhorar a compreensão dos itens do questionário, mas também por permitir a inclusão de participantes com menor literacia ou dificuldades tecnológicas, assegurando assim uma recolha de dados mais equitativa e representativa (Dryden *et al.*, 2024). Adicionalmente, o contacto presencial revelou-se essencial para explorar de forma mais aprofundada as vivências e perceções dos participantes, promovendo respostas mais ricas e contextualizadas, conforme salientado por Sax *et al.* (2023) no âmbito dos cuidados de saúde pró-ativos dirigidos a idosos.

O primeiro instrumento utilizado foi um questionário sociodemográfico, com o objetivo de caracterizar o perfil dos participantes em termos de escalão etário, sexo, estado civil, naturalidade, nível de escolaridade, tempo de institucionalização, entre outras variáveis relevantes, permitindo uma análise contextualizada dos dados psicossociais (Apêndice III).

O segundo instrumento utilizado foi a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), versão reduzida de 15 itens, da escala original de 30 itens, desenvolvida por Sheikh e Yesavage (1986). Esta versão inclui os 15 itens com maior correlação com o resultado total, avaliando a sintomatologia depressiva na última semana. A escala apresenta um formato dicotómico (Sim/Não), sendo a pontuação total obtida pela soma das respostas que indicam presença de sintomatologia depressiva, com um máximo de 15 pontos. De acordo com Simões *et al.* (2017), os valores de corte para a classificação da gravidade são: 0–4 (sintomatologia “normal”), 5–8 (sintomatologia depressiva “ligeira”), 9–11 (sintomatologia depressiva “moderada”) e 12–15 (sintomatologia depressiva “grave”) (Matos *et al.*, 2019).

A GDS-15 apresenta boas propriedades psicométricas, com uma consistência interna global de  $\alpha = 0,85$  na validação para a população idosa portuguesa. Estudos realizados com esta população revelaram uma estrutura fatorial de três componentes: Humor Positivo, Disforia e

Isolamento Social/Apatia/Prejuízo Cognitivo. Embora existam divergências quanto à sua estrutura fatorial, a GDS-15 mantém-se amplamente recomendada para rastreio de depressão em contexto geriátrico (Matos *et al.*, 2019) (Anexo III).

O terceiro instrumento aplicado foi a Escala de Solidão da *University of California*, Los Angeles (UCLA), versão reduzida de 16 itens (UCLA-16), validada para a população portuguesa por Pocinho *et al.* (2010). Esta versão resulta da escala original de 20 itens (Russell *et al.*, 1978), cuja análise fatorial indicou a exclusão de quatro itens pouco correlacionados, resultando numa versão mais concisa e fiável. A escala avalia os sentimentos subjetivos de solidão e isolamento social, com questões formuladas de forma negativa e respostas numa escala de *Likert* de 4 pontos, que varia entre “nunca” (1) e “frequentemente” (4) (Pocinho *et al.*, 2010). A pontuação total varia entre 16 e 64, sendo que valores superiores a 32 indicam presença de solidão significativa. A UCLA-16 tem sido amplamente utilizada em contexto geriátrico e apresenta elevada fiabilidade para o diagnóstico da solidão em idosos, sendo reconhecida como uma ferramenta sensível e validada para a realidade portuguesa (Pocinho *et al.*, 2010) (Anexo IV).

#### **2.1.4. Procedimentos de Análise de Dados**

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A utilização de métodos de inferência estatística permite não só a possibilidade de responder a perguntas fundamentais sobre a população em estudo, como também validar pressupostos necessários para a posterior aplicação de outras técnicas estatísticas que pressupõem a validade de certas asserções sobre a população (Marôco, 2018).

Para a realização dos testes paramétricos, foram verificados os pressupostos inerentes à normalidade. Em todos os testes estatísticos, assumiu-se como regra de decisão a admissão de um erro máximo admissível de 5% ( $\alpha = 0,05$ ). A análise dos dados utilizou o *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), (versão 24).

#### **2.1.5. Considerações Éticas**

Durante a realização do presente projeto e em todo o percurso académico, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática de enfermagem e à investigação em

saúde. A crescente valorização da ética em contexto de investigação, nomeadamente no que respeita à dignidade e aos direitos dos participantes, reforça a necessidade de um cumprimento rigoroso das normas éticas em todas as fases do processo (Melo, 2022).

O Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) constitui um documento normativo e vinculativo que orienta a prática profissional e científica, assegurando o respeito pelos princípios fundamentais da profissão. Adicionalmente, o Regulamento n.º 140/2019 identifica o respeito pelas normas éticas e legais como um dos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, atribuindo-lhe uma responsabilidade acrescida no seu cumprimento.

No âmbito do presente projeto, foram garantidas as seguintes condições éticas:

- Foi solicitado e obtido um parecer favorável à Comissão de Ética da ESSATLA (Anexo V), garantindo a conformidade ética da investigação.
- Foi obtida a autorização da Direção Técnica da ERPI para a realização do projeto, salvaguardando o anonimato da instituição e dos participantes (Anexo VI).
- Os idosos participantes foram previamente informados acerca dos objetivos, da metodologia e das etapas do projeto. Foi assegurada a sua participação voluntária, bem como o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.
- Nos casos em que os idosos participantes apresentavam limitações de literacia ou de capacidade de leitura, os questionários foram aplicados pela investigadora, assegurando-se a compreensão adequada de cada questão. Embora esta prática implicasse a ausência de anonimato perante a investigadora, foi rigorosamente garantida a confidencialidade e anonimização dos dados na fase de análise e tratamento, não sendo possível a identificação individual.
- Foi obtido consentimento informado, livre e esclarecido, assinado pelos participantes, assegurando a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos (Apêndice IV).
- No caso da intervenção intergeracional, foi igualmente obtido consentimento informado junto dos encarregados de educação (ou dos seus representantes legais, sempre que aplicável) das crianças envolvidas no projeto. Os documentos foram

distribuídos e recolhidos pelas educadoras de infância, que colaboraram no processo e facilitaram uma participação segura e esclarecida dos menores e dos encarregados de educação (e dos seus representantes legais) (Apêndice V).

- Instrumentos utilizados:
  - *Geriatric Depression Scale* — versão curta (GDS-15): instrumento em domínio público, validado para a população portuguesa e recomendado em guias clínicos nacionais de Cuidados de Saúde Primários (p. ex., APMGF) para o rastreio de sintomatologia depressiva em idosos.
  - *UCLA Loneliness Scale* — versão de 16 itens (UCLA-16): foi utilizada a versão portuguesa validada por Pocinho *et al.*; a sua utilização foi autorizada por escrito pela investigadora responsável pela adaptação portuguesa (Dra. Margarida Pocinho), tendo sido obtida a autorização por correio eletrónico e mensagem (Anexo VII).
- Todos os dados foram codificados e armazenados em local seguro, sem referências que permitissem a identificação pessoal dos participantes.
- Ao longo do presente documento, foram omitidas informações suscetíveis de comprometer a identidade dos participantes ou das instituições envolvidas.

Os princípios bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (OE, 2015) foram integralmente respeitados. Os participantes tiveram liberdade de decisão relativamente à sua participação, foi assegurado que nenhum seria prejudicado no decorrer da intervenção e manteve-se como finalidade última a promoção da saúde e do bem-estar da população idosa institucionalizada.

## **2.2. Apresentação e Análise dos Resultados**

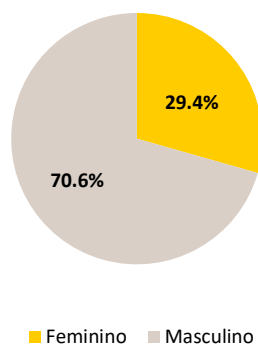
Este capítulo consiste na apresentação dos resultados obtidos no presente projeto, decorrentes da aplicação dos questionários de Caracterização Sociodemográfica, da GDS-15 e da UCLA-16 aos idosos. Segue a lógica da estatística descritiva e inferencial na resposta à pergunta e objetivos de investigação.

### 2.2.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes

Em primeiro lugar, analisaram-se as características sociodemográficas dos idosos participantes, cuja caracterização se encontra nas tabelas abaixo apresentadas.

**Gráfico 1 - Distribuição da amostra na ERPI, segundo o sexo**

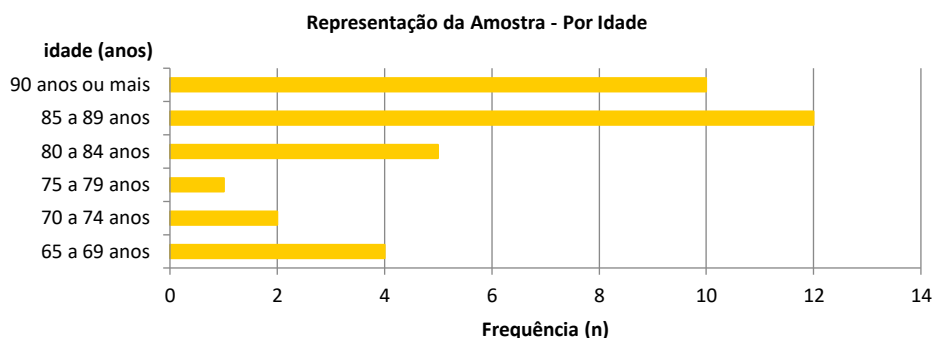
Representação da Amostra - Por Sexo



Como apresentado no gráfico 1, da amostra verifica-se que 70,6% dos participantes que responderam ao questionário são do género masculino. A amostra é formada maioritariamente por homens, na ERPI do presente estudo.

No gráfico 2 é possível observar a representatividade de cada escalão etário, na amostra do projeto em estudo.

**Gráfico 2 - Distribuição de cada escalão etário dos idosos da ERPI**



Relativamente ao escalão etário na ERPI, verifica-se que a maioria compreende entre os 85 anos e os 89 anos de idade com um total de 12 idosos (35,3%), 90 anos ou mais representa 29,4% (n=10) e entre 80-84 anos com 14,7%. Por outro lado, os escalões etários que estão em

menor percentagem são o de 75-79 anos com um total de 1 idoso (2,9%) e 70-74 anos com 5,9%.

Evidenciamos na tabela 1, a análise descritiva da amostra dos idosos, apresentando para as variáveis sociodemográficas, a frequência (n) e a percentagem (%).

**Tabela 1 - Distribuição dos idosos na ERPI, segundo as variáveis sociodemográficas**

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Estado Civil	Solteiro(a)	2	5,9
	Casado/União de facto	6	17,6
	Divorciado/Separado(a)	3	8,8
	Viúvo(a)	23	67,6
Naturalidade	Rural	12	35,3
	Urbana	22	64,7
Tempo de Residência na ERPI	Menos de 1 ano	10	29,4
	1 a 2 anos	8	23,5
	3 a 5 anos	6	17,6
	Mais de 5 anos	10	29,4
Visitas Familiares	Frequentemente (várias vezes por semana)	14	41,2
	Ocasionalmente (várias vezes por mês)	13	38,2
	Raramente (menos de uma vez por mês)	6	17,6
	Nunca	1	2,9
Tem Filhos	Sim	25	73,5
	Não	9	26,5
Nível de Escolaridade	Sem escolaridade	4	11,8
	1.º Ciclo	22	64,7
	2.º Ciclo	1	2,9
	3.º Ciclo	3	8,8
	Ensino Secundário	3	8,8
	Ensino Superior	1	2,9
<b>TOTAL</b>		<b>34</b>	

No que diz respeito ao estado civil, a maioria dos participantes é viúva com 67,6% (n=23) e 64,7% (n=22) têm naturalidade em meio urbano. Quanto ao nível de escolaridade,

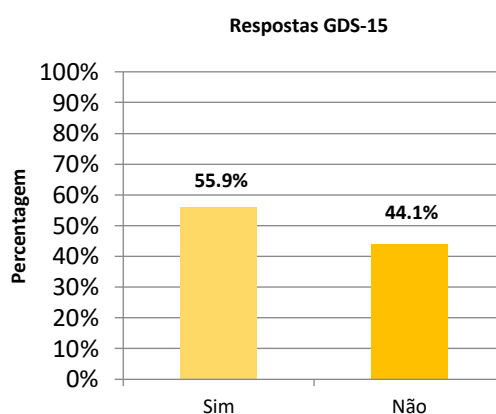
predominam os idosos com o 1.º ciclo com 64,7% (n=22), seguidos dos sem escolaridade com 11,8% (n=4). A percentagem dos idosos com ensino superior é reduzida com 2,9% (n=1).

Destaca-se 29,4% (n=10) dos idosos com tempo de residência na ERPI de menos de 1 ano e de mais de 5 anos e 23,5% (n=8) com 1 a 2 anos de permanência na ERPI. A maioria dos idosos institucionalizados na ERPI tem filhos com 73,5% (n=25). Relativamente às visitas, 41,2% (n=14) consideram que são frequentes e 38,2% (n=13) consideram que são ocasionais.

### 2.2.2. Avaliação da Sintomatologia Depressiva nos Idosos na ERPI

De seguida, são analisados os resultados relativamente à sintomatologia depressiva no idoso na ERPI, obtidos através da *Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15)* (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Resultados da Escala de Depressão (GDS-15)**



Dos 34 idosos, 55,9% (n=19) dos inquiridos apresentavam sintomatologia depressiva, sendo que 78,9% (n=15) enquadram-se num humor depressivo ligeiro (entre 5 a 8 pontos), enquanto 21,0% (n=4) dos respondentes revelam sintomas depressivos graves (entre 12 a 15 pontos), segundo a avaliação da GDS-15.

Importa salientar que, dos 15 participantes sem sintomas depressivos, cinco deles (33,3%) obtiveram resultados limítrofes, aproximando-se do limite de pontos entre um resultado negativo para depressão, para um saldo relacionado com sintomas depressivos ligeiros.

**Tabela 2 - Análise descritiva da GDS-15 por item (valores médios)**

	Mín	Máx	$\bar{x}$	DP
Item 1 - Está satisfeito com a sua vida	1	2	1,44	0,50
Item 2 - Abandonou muitos dos seus interesses e atividades	1	2	1,38	0,49
Item 3 - Sente que a sua vida está vazia	1	2	1,56	0,50
Item 4 - Sente-se frequentemente aborrecido	1	2	1,59	0,50
Item 5 - Na maior Parte do tempo está de bom humor	1	2	1,15	0,35
Item 6 - Tem medo de que algo de mal lhe aconteça	1	2	1,68	0,47
Item 7 - Sente-se feliz na maior parte do tempo	1	2	1,29	0,46
Item 8 - Sente-se frequentemente abandonado / desamparado	1	2	1,88	0,32
Item 9 - Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas	1	2	1,76	0,43
Item 10 - Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade	1	2	1,79	0,41
Item 11 - Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo	1	2	1,09	0,28
Item 12 - Sente-se inútil	1	2	1,79	0,41
Item 13 - Sente-se cheio de energia	1	2	1,33	0,47
Item 14 - Sente-se sem esperança	1	2	1,67	0,47
Item 15 - Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.	1	2	1,82	0,38

De um modo geral, verifica-se que as respostas se distribuem entre 1 e 2, percorrendo na totalidade a ancoragem da escala. Como resultado mais elevado da GDS-15, foi o item 8: “Sente-se frequentemente abandonado/desamparado”, com uma média de 1,88 (DP=0,32). O item 11: “atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo” ( $\bar{x}$ =1,09; DP=0,28) obteve a média global menos favorável (tabela 2).

**Tabela 3 - Análise descritiva da GDS-15 numa ERPI**

GDS-15	$\bar{x}$	DP	$\alpha$
	23,81	3,83	0,80

A confiabilidade da escala GDS-15 foi avaliada através do cálculo do coeficiente de consistência interna *alfa de Cronbach*, e para a escala global, apresenta uma muito boa

consistência interna para o presente estudo, constatando-se um *alfa de Cronbach* de 0,80, conforme tabela 3.

### 2.2.3 Avaliação do Estado de Sentimentos de Solidão no Idoso na ERPI

Relativamente aos resultados da Escala de Solidão (UCLA-16), composta por 16 itens, agrupados em duas dimensões, estes encontram-se apresentados nas tabelas abaixo.

**Tabela 4 - Frequência das opções de resposta dos itens da escala da UCLA-16**

	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Algumas vezes n (%)	Muitas vezes n (%)
<b>Item 1</b> - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	24 (70,6)	2 (5,9)	7 (20,6)	1 (2,9)
<b>Item 2</b> - Sente que não tem alguém com quem falar	20 (58,8)	3 (8,8)	8 (23,5)	3 (8,8)
<b>Item 3</b> - Sente que tem falta de companhia	22 (64,7)	3 (8,8)	2 (5,9)	7 (20,6)
<b>Item 4</b> - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	19 (55,9)	6 (17,6)	7 (20,6)	2 (5,9)
<b>Item 5</b> - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	27 (79,4)	2 (5,9)	4 (11,8)	1 (2,9)
<b>Item 6</b> - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	17 (50,0)	3 (8,8)	9 (26,5)	5 (14,7)
<b>Item 7</b> - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	13 (38,2)	7 (20,6)	9 (26,5)	5 (14,7)
<b>Item 8</b> - Sente-se abandonado	28 (82,4)	1 (2,9)	4 (11,8)	1 (2,9)
<b>Item 9</b> - Sente-se completamente só	22 (64,7)	3 (8,8)	5 (14,7)	3 (8,8)
<b>Item 10</b> - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	20 (58,8)	4 (11,8)	7 (20,6)	3 (8,8)
<b>Item 11</b> - As suas relações sociais são superficiais	8 (23,5)	6 (17,6)	8 (23,5)	12 (35,3)
<b>Item 12</b> - Considera que na realidade ninguém o conhece bem	8 (23,5)	5 (14,7)	11 (32,4)	10 (29,4)
<b>Item 13</b> - Sente-se isolado das outras pessoas	26 (76,5)	3 (8,8)	4 (11,8)	1 (2,9)
<b>Item 14</b> - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	18 (52,9)	4 (11,8)	7 (20,6)	5 (14,7)
<b>Item 15</b> - É difícil fazer amigos	22 (64,7)	2 (5,9)	7 (20,6)	3 (8,8)

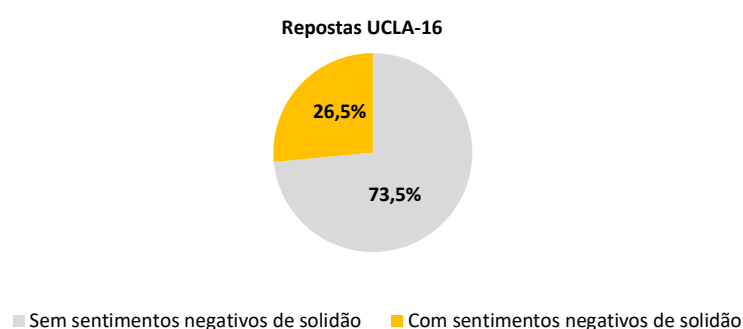
<b>Item 16</b> - Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	28 (82,4)	2 (5,9)	3 (8,8)	1 (2,9)
--	-----------	---------	---------	---------

Conforme a tabela 4, podemos verificar pela análise das frequências das opções de resposta de cada um dos itens da escala UCLA, que os idosos responderam majoritariamente “nunca” a todos os itens da escala, ou seja, os idosos demonstraram poucos sentimentos de solidão.

Podemos ainda salientar que a maioria dos idosos nunca se “sente-se posta à margem e excluído(a) das outras pessoas” (item 16), bem como nunca se sente abandonado (item 8), itens que obtiveram o mesmo valor percentual (82,4%), seguindo-se a opção de resposta “sente que não tem ninguém a quem possa recorrer” (item 5), que obteve um percentual de 79,4%, também na frequência “nunca”.

Por sua vez, os itens que mais contribuíram para os sentimentos de solidão foram o item 11 “as suas relações sociais são superficiais” (35,3%), o item 12 “considera que na realidade ninguém o conhece bem” (29,4%) e o item 3 “sente que tem falta de companhia” (20,6%). Segue-se um conjunto de itens que obtiveram o mesmo valor percentual (14,7%), composto pelo item 6 “não se sente íntimo de qualquer pessoa” e o item 7 “sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses”.

**Gráfico 4** - Categorização da pontuação da UCLA-16



Observando a gráfico 4, verificamos que a maioria dos idosos (73,5%) não apresenta sentimentos negativos de solidão, no entanto, 26,5% dos participantes manifestaram algum grau de solidão, um valor que, apesar de ser minoritário, é clinicamente relevante.

**Tabela 5- Análise descritiva da UCLA-16 por item**

	Mín	Máx	$\bar{x}$	DP
<b>Item 1</b> - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	1	4	1,55	0,92
<b>Item 2</b> - Sente que não tem alguém com quem falar	1	4	1,82	1,08
<b>Item 3</b> - Sente que tem falta de companhia	1	4	1,82	1,24
<b>Item 4</b> - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	1	4	1,76	0,98
<b>Item 5</b> - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	1	4	1,38	0,81
<b>Item 6</b> - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	1	4	2,06	1,17
<b>Item 7</b> - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	1	4	2,17	1,11
<b>Item 8</b> - Sente-se abandonado	1	4	1,35	0,81
<b>Item 9</b> - Sente-se completamente só	1	4	1,66	1,05
<b>Item 10</b> - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	1	4	1,79	1,06
<b>Item 11</b> - As suas relações sociais são superficiais	1	4	2,70	1,19
<b>Item 12</b> - Considera que na realidade ninguém o conhece bem	1	4	2,67	1,14
<b>Item 13</b> - Sente-se isolado das outras pessoas	1	4	1,41	0,82
<b>Item 14</b> - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	1	4	1,97	1,16
<b>Item 15</b> - É difícil fazer amigos	1	4	1,73	1,08
<b>Item 16</b> - Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	1	4	1,32	0,76

A análise das medidas de tendência central ou dispersão, apresentada na tabela 5, revela que o item 11 “As suas relações sociais são superficiais” ( $\bar{x}=2,70$ ;  $DP=1,19$ ), na dimensão de isolamento social, registou a média mais elevada. Comparativamente ao item 16 “Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas”, na dimensão de afinidades, obteve a média

mais baixa ( $\bar{x}=1,32$ ;  $DP=0,76$ ), o que indica que a grande maioria dos idosos da amostra não tem sentimentos negativos de solidão.

**Tabela 6 - Análise de medidas de tendência central ou dispersão da UCLA**

	n	Mín	Máx	$\bar{x}$	DP
UCLA-16	34	7	37	28,96	7,871

No entanto, é de salientar que, na amostra, pelo menos um dos idosos não tem nenhum sentimento de solidão (7 pontos) e um dos idosos tem muitos sentimentos de solidão (37 pontos) (tabela 6), uma vez que a pontuação global  $> 32$  indica sentimentos negativos de solidão ou isolamento social.

#### 2.2.4. Relação das Variáveis do Estado de Sintomatologia Depressiva com as Características Sociodemográficas dos Idosos na ERPI

Em conformidade com o objetivo geral e os objetivos específicos delineados, foi realizada a avaliação da relação entre as variáveis com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*, uma vez que este permite verificar, com precisão, o grau de associação entre variáveis quantitativas (Vilelas, 2017). Ou seja, foi realizada a análise das correlações entre a pontuação do GDS-15 e a idade em anos corridos; entre a pontuação do GDS-15 e a escolaridade também em anos corridos; entre a pontuação da escala e o tempo de residência na ERPI; entre a pontuação do GDS-15 e visitas de familiares.

**Tabela 7 - Correlações entre a pontuação do GDS-15 e as variáveis da idade, escolaridade, tempo de residência na ERPI e visitas de familiares**

GDS-15		
Variáveis	R	p
Idade	-0.069	0.131
Escolaridade	-0.027	0.038*
Tempo de residência na ERPI	0.087	<0.001**
Visitas de familiares	0.198	<0.001**

\* estatisticamente significativa  $p < 0.05$

\*\* estatisticamente significativa  $p < 0.001$

Segundo as análises, foram encontradas correlações, ainda que fracas, entre a pontuação do GDS-15 e três variáveis: a escolaridade ( $r=-0.027$ ,  $p=0.038$ ), onde se observa que quanto menor a escolaridade, maior a sintomatologia depressiva; entre a pontuação do GDS-15 e o tempo de residência na ERPI ( $r=0.087$ ,  $p<0.001$ ), onde quanto maior o tempo de residência na ERPI, maior a sintomatologia depressiva; entre a pontuação do GDS-15 e visitas de familiares ( $r=0.198$ ,  $p<0.001$ ), onde quanto menor as visitas de familiares maior a sintomatologia depressiva. Não existe correlação significativa com a idade ( $r=-0.069$ ,  $p=0.131$ ) (tabela 7).

Paralelamente, foi utilizado o teste *t* de *Student* para investigar diferenças entre o sexo feminino e masculino na pontuação do GDS-15. Não foram encontradas diferenças significativas ( $t = -1.127$ ,  $p=0.138$ ).

Verificou-se correlação negativa (fraca) entre escolaridade e GDS-15 e correlação positiva (fraca) entre tempo de residência e GDS-15. Estes resultados devem ser interpretados com prudência, atendendo à magnitude dos efeitos e ao desenho transversal, que não permite estabelecer causalidade.

### 2.2.5. Relação das Variáveis do Estado de Sentimentos de Solidão com as Características Sociodemográficas dos Idosos na ERPI

Neste subcapítulo, apresentam-se os resultados da análise da relação entre as variáveis do estado de sentimentos de solidão e as características sociodemográficas dos idosos na ERPI.

**Tabela 8** - Relação entre sentimentos de solidão e a variável de caracterização da amostra (sexo, grupo etário e estado civil)

Variáveis	n	Valor teste	gl	p
<b>UCLA*Sexo</b>				
Masculino	24	$t = -0,727$	15	0,731
Feminino	10			
<b>UCLA*Grupo etário</b>				
65 a 69 anos	4	ANOVA=0,762	15	0,699
70 a 74 anos	2			
75 a 79 anos	1			
80 a 84 anos	5			

85 a 89 anos	12	ANOVA=1,771	15	0,124
90 anos ou mais	10			
<b>UCLA*Estado civil</b>				
Solteiro(a)	2			
Casado/União de facto	6			
Divorciado/Separado(a)	3			
Viúvo(a)	23			

*n*-frequência absoluta; *gl*-grau de liberdade; *p*-nível de significância;

Não existem diferenças estatisticamente significativas nos sentimentos de solidão em função do sexo ( $t=-0,727$ ;  $p>0,731$ ), dos diferentes grupos etários ( $p>0,699$ ) ou do estado civil ( $p>0,124$ ) (tabela 8).

**Tabela 9** - Relação entre sentimentos de solidão (categorização) e as variáveis de caracterização da amostra (sexo, grupo etário e estado civil).

Variáveis Categorização pontuação	n (%) sem sentimentos negativos de solidão	n (%) com sentimentos negativos de solidão	Valor de teste $\chi^2$	<i>gl</i>	<i>p</i>
UCLA*Sexo			1,664	1	0,271
UCLA*Grupo etário	25 (73,5)	9 (26,5)	3,601	2	0,143
UCLA*Estado civil			9,012	2	<b>0,010</b>

*n*-frequência absoluta;  $\chi^2$ - qui-quadrado de Pearson; *gl*-grau de liberdade; *p*-nível de significância;

Não se constataram diferenças estatisticamente significativas na distribuição das categorias de sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (sem e com sentimentos negativos de solidão) dos idosos da amostra do sexo diferente ( $\chi^2=1,664$ ;  $p=0,271$ ) e de diferente grupo etário ( $\chi^2=3,601$ ;  $p=0,143$ ). Contudo, a proporção das categorias dos sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (sem sentimentos negativos de solidão e com sentimentos negativos de solidão) difere significativamente consoante o estado civil ( $\chi^2=9,012$ ;  $p=0,010$ ) (tabela 9).

**Tabela 10 - Relação entre a pontuação de solidão (UCLA-16) e a frequência de visitas aos idosos da amostra.**

Variáveis	n	(%)	Valor teste	gl	p
<b>UCLA*Recebe visitas</b>					
Frequentemente (várias vezes por semana)	14	41,2	ANOVA=3,499	15	0,008
Ocasionalmente (várias vezes por mês)	13	38,2			
Raramente (menos de uma vez por mês)	6	17,6			
Nunca	1	2,9			

n-frequência absoluta; gl-grau de liberdade; p-nível de significância;

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão (pontuação UCLA-16) em função da frequência com que os idosos recebiam visitas (ANOVA = 3,499;  $p = 0,008$ ) (Tabela 10). Este resultado sugere que a frequência de visitas está associada ao grau de solidão percebida pelos idosos

**Tabela 11 - Relação entre a categorização dos sentimentos de solidão (sem/com sentimentos negativos) e o facto dos participantes receberem ou não visitas.**

Variáveis Categorização pontuação	n (%) sem sentimentos negativos de solidão	n (%) com sentimentos negativos de solidão	Valor de teste $\chi^2$	gl	p
<b>UCLA*Recebe visitas</b>	25 (73,5%)	9 (26,5%)	0,858	1	0,003

n-frequência absoluta;  $\chi^2$ - qui-quadrado de Pearson; gl-grau de liberdade; p-nível de significância

O estudo encontrou diferenças estatisticamente significativas entre as categorias dos sentimentos subjetivos de solidão (sem e com sentimentos negativos de solidão) e o facto de os idosos receberem ou não visitas ( $\chi^2 = 0,858$ ;  $p = 0,003$ ) (Tabela 11). Entre os idosos que recebem visitas, 73,5% não apresentam sentimentos negativos de solidão e 26,5% apresentam sentimentos negativos de solidão. Estes resultados sugerem que receber visitas pode ter um potencial efeito protetor relativamente à experiência de solidão.

### 2.2.6 Avaliação da Relação do Estado de Sentimentos de Depressão com o Estado de Sentimentos de Solidão dos Idosos na ERPI

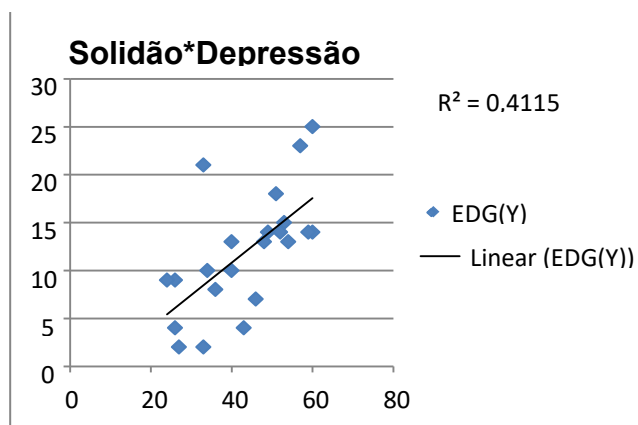
Seguem os resultados da avaliação da relação entre o estado de sentimentos de depressão e o estado de sentimentos de solidão nos idosos na ERPI.

**Tabela 12** - Avaliação da relação do estado de sentimentos de depressão com o estado de sentimentos de solidão dos idosos na ERPI

	Correlação de Pearson	p value
GDS-15*UCLA*	0,643	<0,001

Como consta na tabela 12, verificou-se uma correlação positiva ( $r=0,643$ ) entre estes dois construtos, ou seja, quando os valores da solidão aumentam, também o valor dos sintomas depressivos irá aumentar. Podemos afirmar que, quanto mais os idosos experienciam sentimentos de solidão, maior é a probabilidade de estes apresentarem sintomas depressivos.

**Gráfico 5** – Coeficiente de dispersão entre GDS-15 e UCLA-16



O coeficiente de determinação  $R^2$  (gráfico 5), indica que cerca de 41% da variação na escala GDS-15 é explicada pela variação da UCLA-16 num modelo linear. Este valor reflete a tendência aproximadamente linear observada no gráfico, na qual pontuações mais elevadas de solidão se associam a pontuações mais elevadas de depressão. Os restantes 59% decorrem de outros fatores/erro, não implicando uma relação de causalidade.

### **2.3 Problemas Identificados e respectivos Diagnósticos de Enfermagem**

A análise dos dados obtidos no presente estudo permitiu identificar necessidades prioritárias nos participantes, particularmente ao nível do estado emocional e psicossocial, com destaque para a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão. A elaboração de diagnósticos de enfermagem é uma etapa crucial no processo de tomada de decisão clínica, permitindo fundamentar intervenções adequadas e eficazes (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para esta etapa, optou-se pela utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016), uma linguagem padronizada, desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros. Esta classificação permite uma representação estruturada, coerente e comparável das práticas de enfermagem em diferentes contextos, facilitando a documentação e a comunicação entre profissionais. A escolha da CIPE® justifica-se pela sua abrangência, flexibilidade e capacidade de adaptação a diversas realidades clínicas, incluindo os cuidados a populações vulneráveis, como os idosos institucionalizados. Além disso, a sua aplicação contribui para a visibilidade do contributo específico da enfermagem na resposta às necessidades em saúde, promovendo uma prática baseada em evidência e centrada na pessoa.

Após a análise dos dados, foi possível identificar três diagnósticos prioritários que traduzem as principais problemáticas enfrentadas pelos idosos participantes. O primeiro diagnóstico, Solidão Comprometida, relacionada com o afastamento social percebido e a institucionalização, sendo evidenciado pela pontuação na escala UCLA-16 e pela baixa frequência de visitas familiares. Este diagnóstico reflete a prevalência de sentimentos de solidão significativa em 26,5% dos idosos participantes. As respostas indicaram que 35,3% sentem que as suas relações sociais são superficiais e 20,6% relataram sentir falta de companhia. A baixa frequência de visitas familiares reforça este quadro, com 38,2% dos idosos a receberem visitas ocasionalmente e 2,9% a nunca receberem visitas.

O segundo diagnóstico foi o de Humor Depressivo Comprometido, associado à solidão, ao isolamento social e à perda de atividades significativas, sendo evidenciado por pontuações elevadas na escala GDS- 15. Este diagnóstico foi identificado em 55,9% dos idosos, com itens elevados como “sente-se frequentemente abandonado/desamparado” e “sente-se inútil”,

apresentando médias de 1,88 e 1,79, respetivamente. Estes resultados apontam para uma relação intrínseca entre a falta de interação social e a manifestação de sintomas depressivos.

O terceiro diagnóstico consiste no Risco de Solidão Aumentado, relacionado com a institucionalização prolongada e a ausência de suporte social significativo. Verificou-se que 29,4% dos idosos vivem na ERPI há mais de cinco anos, com diminuição substancial dos laços sociais. Este diagnóstico foi evidenciado por itens da UCLA-16, como “não se sente íntimo de qualquer pessoa”, relatado por 14,7%, e “sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses”, identificado por 14,7%. Este risco de solidão reflete-se na necessidade de implementar ações preventivas para mitigar o agravamento deste estado emocional.

Estes resultados pressupõem a identificação da interseção entre as necessidades expressas pelos idosos e as suas necessidades efetivas. Torna-se, assim, imprescindível uma proximidade e interação contínua entre o enfermeiro e a comunidade, articulando estas necessidades com os resultados obtidos no diagnóstico de saúde (Melo, 2022).

**Quadro 1 - Problemas identificados e respetivos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®**

Problema Identificado	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)
Presença de sentimentos de solidão significativos em 26,5% dos idosos, perceção de relações sociais superficiais (35,3%), falta de companhia (20,6%) e baixa frequência de visitas familiares (38,2% com visitas ocasionais; 2,9% sem visitas), avaliados pela escala UCLA-16.	Solidão comprometida
Sintomatologia depressiva clinicamente relevante presente em 55,9% dos idosos, com itens elevados na GDS-15 relacionados com sentimentos de abandono/desamparo ( $\bar{x}$ =1,88) e inutilidade ( $\bar{x}$ =1,79).	Humor depressivo comprometido
Condições sociais, familiares e institucionais que favorecem o desenvolvimento e agravamento da solidão, incluindo institucionalização prolongada ( $\geq$ 5 anos em 29,4% dos idosos), diminuição de laços sociais e ausência de suporte social significativo, evidenciadas por itens da UCLA-16 (“não se sente íntimo de qualquer pessoa” e “os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses” – 14,7%).	Risco de solidão aumentado

Estes diagnósticos refletem problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem e orientam o planeamento das intervenções no âmbito da promoção da saúde mental dos idosos residentes em ERPI. A sua priorização é apresentada no subcapítulo seguinte.

#### 2.4. Definição de Prioridades

Com base na análise e interpretação dos dados recolhidos neste estudo, foi possível identificar um conjunto de necessidades de saúde sensíveis a cuidados de enfermagem especializados em ESCSP, sobretudo ao nível da saúde emocional dos idosos institucionalizados. Foram identificados diagnósticos de enfermagem relevantes e, neste enquadramento, foi realizada a sua priorização com base na metodologia proposta por Imperatori & Giraldes (1993). Estes autores sugerem uma análise fundamentada em quatro critérios: a magnitude (extensão do problema), a transcendência (impacto social e pessoal), a vulnerabilidade (possibilidade de prevenção/intervenção) e a factibilidade (viabilidade técnica, económica e organizacional da intervenção). Esta abordagem visa otimizar os recursos disponíveis, garantindo uma resposta direcionada e eficaz às necessidades mais críticas da população-alvo. A tabela 13 apresenta a priorização dos diagnósticos identificados.

**Tabela 13 - Priorização dos diagnósticos de enfermagem CIPE®**

Diagnóstico CIPE	Magnitude (1-5)	Transcendência (1-5)	Vulnerabilidade (1-5)	Factibilidade (1-5)	Total	Prioridade
Solidão Comprometida	4	5	5	5	19	1.º
Humor Depressivo Comprometido	5	5	4	3	17	2.º
Risco De Solidão Aumentado	3	4	4	4	15	3.º

Identificou-se o diagnóstico de Solidão Comprometida como prioritário devido à sua relevância e impacto direto na saúde mental, bem como à viabilidade das intervenções propostas para abordar este problema. Na análise da relação entre o estado de sentimentos

de depressão e o estado de sentimentos de solidão dos idosos na ERPI, verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa ( $r=0,643$ ) entre os dois construtos. Este resultado indica que, à medida que os valores da solidão aumentam, também os valores da sintomatologia depressiva tendem a aumentar. Por outras palavras, quanto mais os idosos experienciam sentimentos de solidão, maior é a probabilidade de enfrentarem sintomas depressivos.

De igual modo, o coeficiente de determinação ( $R^2=41,1\%$ ) evidencia que uma parte considerável da variância nos sintomas de depressão está associada aos sentimentos de solidão, confirmando uma linearidade na relação entre estas duas variáveis no contexto do estudo. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas para reduzir os sentimentos de solidão, como forma de mitigar os sintomas depressivos, validando a priorização da Solidão Comprometida.

O diagnóstico de solidão comprometida totalizou 19 pontos, resultantes da combinação de uma magnitude de 4, transcendência de 5, vulnerabilidade de 5 e factibilidade de 5. Com 26,5% dos residentes a apresentarem sentimentos negativos significativos de solidão, esta condição demonstra uma magnitude elevada e coloca-se como um problema relevante. Além disso, verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão ( $r = 0,643$ ), com 41,1 % da variância depressiva explicada pela solidão, confirmando a sua transcendência (modelo explanatório positivo). A vulnerabilidade é clara, uma vez que a literatura demonstra que intervenções como atividades regulares, apoio social e programas intergeracionais reduzem significativamente a solidão em contexto institucional (Shekelle *et al.*, 2024). Por último, a factibilidade é elevada, pois a literatura evidencia que intervenções de socialização centradas em atividades significativas e visitas familiares reduzem significativamente os sentimentos de solidão (Cano *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024), justificando a elevada pontuação atribuída.

O diagnóstico de humor depressivo comprometido obteve 17 pontos, com valores elevados de magnitude (5) e transcendência (5), refletindo a importância da sintomatologia depressiva nesta população, presente em 55,9% dos idosos (19 em 34), incluindo uma pequena percentagem (21%) com sintomas graves, um dado reforçado por estudos portugueses que

reportam uma prevalência semelhante e a sua relação com uma menor qualidade de vida (Silva *et al.*, 2024). A literatura sustenta ainda que a depressão em idosos institucionalizados é frequentemente subdiagnosticada e está intimamente ligada à solidão e à perda funcional (Cano *et al.*, 2024). A vulnerabilidade foi considerada moderada, uma vez que, embora pertinente e tratável, requer avaliações clínicas com maior especialidade e colaboração interdisciplinar. A factibilidade da intervenção é razoável, mas limitada pela necessidade de recursos específicos (psicólogos, formação de pessoal), originando 17 pontos e o segundo lugar na prioridade.

Por último, o diagnóstico risco de solidão aumentado foi também considerado relevante, totalizando 15 pontos. Este diagnóstico decorre de fatores contextuais, como tempo de residência na instituição inferior a 1 ano ou superior a 5 anos (cerca de 58,8% da amostra), os quais se associam a maiores níveis de vulnerabilidade emocional (Cano *et al.*, 2024). Embora a magnitude seja inferior (3), a transcendência e vulnerabilidade mantêm-se, portanto, os indivíduos com este perfil podem vir a desenvolver solidão e depressão. A factibilidade é elevada, uma vez que a sua deteção precoce permite ações sociais simples (por exemplo, a integração em grupos de socialização), justificando a terceira prioridade.

A identificação e hierarquização destes diagnósticos, fundamentada tanto nos dados empíricos obtidos como na literatura científica, permite traçar um plano de intervenção direcionado, com ações específicas para mitigar os efeitos da sintomatologia depressiva e dos sentimentos de solidão nos idosos institucionalizados.

## **2.5. Definição de Objetivos**

Segundo a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993), a definição de objetivos constitui a terceira etapa do processo, sendo essencial para orientar a intervenção de saúde comunitária. Esta etapa permite traduzir os diagnósticos priorizados em metas concretas, mensuráveis e coerentes com as necessidades identificadas na população-alvo.

Melo (2022) destaca que os objetivos devem ser organizados hierarquicamente, distinguindo-se entre objetivo geral, de caráter mais abrangente, e objetivos específicos, que operacionalizam as ações necessárias para atingir o foco central da intervenção. Os objetivos devem, assim, refletir a área de especialidade do profissional que desenvolve o projeto, neste caso, a ESCSP, e alinhar-se com os diagnósticos de enfermagem priorizados.

Tendo em conta os problemas identificados e a sua priorização, definiu-se o seguinte objetivo geral para o projeto:

- **Objetivo Geral:** Contribuir para a promoção da saúde mental dos idosos institucionalizados através da interação intergeracional.

Com base neste foco, e visando responder às necessidades de saúde emocional e social dos idosos residentes na ERPI, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- *Objetivo Específico 1* – Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais;
- *Objetivo Específico 2* – Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, promovendo a sua autonomia e autoestima;
- *Objetivo Específico 3* – Promover o bem-estar físico e emocional dos idosos por meio de atividades personalizadas e integradoras.
- *Objetivo Específico 4* – Promover o estímulo da cognição e dos sentidos dos idosos por meio de atividades terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.

Estes objetivos orientam a intervenção a implementar, promovendo uma abordagem holística e centrada na pessoa idosa, com foco na sua saúde emocional, social e funcional.

### **Indicadores para Avaliação dos Objetivos**

Para avaliar a eficácia da intervenção, foram definidos indicadores segundo a tipologia de Donabedian (2003, citado por Melo, 2022), organizados em estrutura, processo e resultado. A aplicação destes indicadores permitirá monitorizar a implementação das estratégias e o impacto real nos idosos institucionalizados.

**Indicadores de Estrutura:** Avaliam as condições e recursos que suportam a intervenção, nomeadamente meios materiais, humanos e organização, assegurando que o contexto é adequado para produzir qualidade (Donabedian, 1988, 2003).

- Taxa de satisfação com a estrutura (conteúdo, organização, recursos, formadores)

$$\frac{\text{n.º de idosos que avaliam a satisfação com pontuação média } \geq 4}{\text{n.º de idosos que responderam ao questionário}} \times 100$$

- Taxa de recursos disponíveis (materiais e humanos)

$$\frac{\text{n.º de sessões realizadas com todos os recursos previstos}}{\text{n.º total de sessões planeadas}} \times 100$$

**Indicadores de Processo:** Monitorizam as atividades efetivamente realizadas durante a intervenção, incluindo a adesão, a participação ativa e cumprimento do plano, refletindo a qualidade técnica e relacional dos cuidados prestados (Donabedian, 1988, 2003).

- Taxa de participação nas atividades

$$\frac{\text{n.º de idosos presentes nas sessões}}{\text{n.º de idosos convocados}} \times 100$$

- Taxa de adesão ativa

$$\frac{\text{n.º de idosos que participaram ativamente}}{\text{n.º de idosos presentes}} \times 100$$

**Indicadores de Resultado:** Medem as mudanças produzidas na saúde e bem-estar dos participantes, traduzindo o impacto clínico e percebido da intervenção. Idealmente avaliam-se as variações pré e pós-intervenção, quando a reaplicação de escalas é viável (Donabedian, 1988, 2003).

- Taxa de melhoria nos sentimentos de solidão

$$\frac{\text{n.º de idosos com melhoria na pontuação da Escala UCLA – 16}}{\text{n.º total de idosos avaliados}} \times 100$$

- Taxa de redução da sintomatologia depressiva

$$\frac{\text{n.º de idosos com melhoria na pontuação da GDS – 15}}{\text{n.º total de idosos avaliados}} \times 100$$

## 2.6. Seleção de Estratégias

Após a análise crítica dos resultados obtidos e a definição clara dos objetivos, atingiu-se a quarta etapa do processo de Planejamento em Saúde definido por Imperatori e Giraldes (1993): a seleção de estratégias de intervenção. Esta etapa pressupõe a escolha metódica de um conjunto coerente de ações que, sustentadas na evidência científica, visam responder às necessidades de saúde previamente identificadas, considerando os recursos disponíveis e as características da população-alvo.

Com base no Modelo de Promoção da Saúde de Pender, entende-se que as intervenções em saúde devem ultrapassar a mera gestão de sintomas, promovendo a autonomia pessoal, a motivação para o autocuidado e o envolvimento social dos indivíduos (Pender *et al.*, 2015). No contexto dos idosos institucionalizados, este paradigma orienta para abordagens holísticas que valorizam a individualidade, o bem-estar emocional e o sentimento de pertença. De forma complementar, a Teoria das Transições de Afaf Meleis enquadra o processo de adaptação à institucionalização e a outras mudanças de papel, valorizando as propriedades da transição (consciência, envolvimento, mudança/diferença, duração), as condições facilitadoras ou inibidoras (conhecimento, preparação, suporte social, recursos, ambiente) e os indicadores de processo e resultado (sentir-se ligado, interação, confiança/mestria, integração) (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis, 2010).

Intervenções psicossociais, como a terapia de reminiscência, atividades intergeracionais e discussões em grupo, têm demonstrado eficácia na redução da sintomatologia depressiva, na diminuição dos sentimentos de solidão e na melhoria da qualidade de vida percebida pelos idosos (Siverová & Bužgová, 2018; Gil *et al.*, 2019; Whear *et al.*, 2023). Estes resultados sustentam a relevância de estratégias que fomentem a estimulação cognitiva e emocional, respeitando os ritmos e histórias de vida dos participantes e promovendo um ambiente institucional mais humano e relacional. Além de promoverem comportamentos de saúde (Pender *et al.*, 2015), estas intervenções atuam como facilitadoras de transições saudáveis (Meleis, 2010; 2018), ao reforçarem o suporte, o significado atribuído às mudanças e as oportunidades de mestria.

A literatura recente reforça que intervenções intergeracionais, participativas e centradas na pessoa são eficazes na redução do isolamento social e dos sintomas depressivos em idosos institucionalizados, promovendo a autoestima, a funcionalidade e o sentimento de pertença (D'Abundo et al., 2011; Baker et al., 2017). Essas iniciativas favorecem o fortalecimento de vínculos afetivos e a troca de experiências, impactando positivamente o bem-estar emocional dos participantes (Jaccoud, 2024).

Neste sentido, e de acordo com os dados obtidos neste estudo, as estratégias selecionadas foram operacionalizadas sob a forma de sessões de educação para a saúde, de natureza intergeracional e participativa. Entendidas como um processo sistemático, dialógico e centrado na pessoa, as sessões de educação para a saúde visaram desenvolver conhecimentos, competências e atitudes promotoras de bem-estar emocional, reforçar redes de suporte e potencializar recursos pessoais e relacionais dos idosos, em consonância com as orientações nacionais para a promoção da saúde mental e prevenção do isolamento em idosos institucionalizados (DGS, 2017; DGS, 2022).

Neste sentido, e de acordo com os dados obtidos neste estudo, foram selecionadas estratégias orientadas para a promoção da interação social, da estimulação cognitiva e sensorial e do envolvimento emocional positivo, com especial destaque para o potencial terapêutico da intergeracionalidade. Esta abordagem visa, não apenas reduzir sentimentos de solidão e a sintomatologia depressiva, mas também contribuir para o envelhecimento ativo e para o bem-estar global dos residentes da ERPI, alinhando-se com os indicadores de processo e resultado propostos por Meleis (2010, 2018) (ligação, interação, mestria e integração), em convergência com os construtos motivacionais do Modelo de Promoção da Saúde de Pender (Pender *et al.*, 2015).

A seleção das estratégias baseou-se em boas práticas reconhecidas internacionalmente e nas orientações nacionais, nomeadamente no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) e no PNS 2021–2030, que defendem intervenções integradas na promoção da saúde mental, na prevenção do isolamento e na valorização da autonomia e participação dos idosos (DGS, 2017; DGS, 2022).

Em conformidade com o mencionado, foram planeadas seis sessões de intervenção, cada uma com um objetivo específico, plano de execução, metas e indicadores de avaliação.

**Quadro 2 - Estratégias de intervenção consoante o diagnóstico e objetivo específico**

Diagnósticos CIPE Prioritários	Estratégia de Intervenção	Objetivo Específico
<b>Solidão comprometida</b>	Sessão de Estimulação Cognitiva com Painéis de <i>Montessori</i>	<b>Objetivo Específico 4</b> – Promover o estímulo da cognição e dos sentidos dos idosos por meio de atividades terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.
	Sessão da Oficina de Decorações de Natal	<b>Objetivo Específico 1</b> – Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais;
	Sessão da Criação de Jardim de Ervas Aromáticas	<b>Objetivo Específico 2</b> – Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima;
<b>Humor depressivo comprometido</b>	Sessão de Ginástica Lúdica	<b>Objetivo Específico 3</b> – Incentivar o bem-estar físico e emocional dos idosos por meio de atividades personalizadas e integradoras.
	Sessão de Músicas Natalícias	<b>Objetivo Específico 1</b> – Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais;
	Sessão de Culinária Natalícia Saudável	<b>Objetivo Específico 1</b> – Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais; <b>Objetivo Específico 2</b> – Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima;

Estas estratégias foram igualmente orientadas pelos princípios da ESCSP, nos termos do Regulamento n.º 428/2018, sendo o enfermeiro especialista um agente promotor de mudanças sustentáveis nos contextos onde atua.

## 2.7. Preparação e Execução do Projeto

A fase de preparação do projeto corresponde a um momento crucial no processo de Planeamento em Saúde, permitindo traduzir as estratégias definidas em ações concretas e operacionalizáveis. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento operacional organiza-se a curto prazo e tem como finalidade garantir a execução eficiente e coerente das atividades, otimizando os recursos disponíveis e respondendo às necessidades da população-alvo.

A preparação compreendeu a definição de objetivos específicos, a seleção de estratégias adequadas, a calendarização das atividades, a mobilização de recursos materiais e humanos e articulação com os parceiros e *stakeholders* da ERPI, nomeadamente a direção técnica, a equipa de enfermagem, a assistente social, a gerontóloga e os docentes da instituição educativa parceira.

As atividades foram desenhadas para garantir a acessibilidade, a participação ativa e a adaptação às capacidades dos idosos, tendo em consideração as evidências científicas que sustentam os benefícios das intervenções psicossociais e intergeracionais na melhoria do bem-estar emocional, da autoestima e da sensação de pertença (D'Abundo et al., 2011; Baker et al., 2017).

Todas as sessões foram estruturadas com um objetivo específico, uma metodologia clara, metas e respetivos indicadores de avaliação, e foram organizadas em estreita colaboração com os *stakeholders* do projeto (nomeadamente a equipa técnica da ERPI e a equipa educativa da instituição parceira). Todas as sessões foram realizadas com a participação de 6 idosos e 6 crianças (numa lógica de paridade 1:1 – uma criança por cada idoso), o que permitiu criar laços interpessoais mais significativos e favorecer uma interação próxima e personalizada.

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, foram planeadas as seguintes seis sessões:

- Sessão 1 – Estimulação Cognitiva com Painéis *Montessori*: visou a estimulação cognitiva e sensorial dos idosos através da execução de tarefas simples e

significativas, utilizando painéis *Montessori*, contando com o apoio e incentivo das crianças enquanto facilitadoras da interação (Apêndice VI).

- Sessão 2 – Oficina de Decorações de Natal: promoveu o convívio intergeracional e a criatividade dos participantes através da confecção de decorações natalícias para ornamentar os espaços comuns da ERPI, criando um ambiente mais acolhedor e festivo (Apêndice VII).
- Sessão 3 – Criação de um Jardim de Ervas Aromáticas (interior): devido a condições climáticas adversas, esta atividade decorreu no interior da ERPI. Teve como objetivos principais incentivar hábitos alimentares saudáveis e o contacto sensorial com a natureza, promovendo o uso de ervas aromáticas como alternativa ao sal na confecção de alimentos, com benefícios para a saúde cardiovascular dos idosos (Apêndice VIII).
- Sessão 4 – Ginástica Lúdica: promoveu a mobilização física, a diversão e o bem-estar, fomentando a socialização e o movimento através de jogos simples, partilhados entre crianças e idosos (Apêndice IX).
- Sessão 5 – Músicas Natalícias: consistiu numa atividade musical intergeracional que estimulou a memória afetiva, a expressão emocional e a comunicação, com foco no prazer da partilha e do canto coletivo de músicas tradicionais natalícias (Apêndice X).
- Sessão 6 – Culinária Natalícia Saudável: centrou-se na confecção de rabanadas *fit*, com redução de açúcar e gordura. Antes da preparação culinária, promoveu-se um momento de partilha sobre tradições alimentares típicas da noite de consoada, onde os idosos e as crianças falaram das receitas e dos alimentos habituais nas suas casas durante esta festividade. Este momento favoreceu a valorização cultural e a empatia intergeracional (Apêndice XI).

Toda a fase preparatória assentou numa lógica participativa, envolvendo os intervenientes da instituição e os parceiros externos, de modo a assegurar a pertinência e a exequibilidade das ações no contexto real. A flexibilidade na planificação permitiu ainda ajustar o projeto às especificidades da instituição, garantindo uma intervenção sensível, ética e orientada para os reais interesses e necessidades dos idosos.

O planeamento operacional (Quadro 3) considerou os objetivos específicos definidos, associando-lhes estratégias adequadas, intervenções concretas, metas a atingir e respetivos indicadores de avaliação. A calendarização das atividades foi adaptada à disponibilidade dos intervenientes, do jardim de infância e dos espaços da ERPI, garantindo a viabilidade e sustentabilidade do projeto durante o período de EC.

**Quadro 3 - Plano Operacional do Projeto**

Objetivos Específicos	Estratégias	Justificação	Intervenções	Metas
Promover o estímulo da cognição e dos sentidos dos idosos por meio de atividades terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.	Promoção da estimulação cognitiva e sensorial utilizando painéis táteis e visuais	Em idosos institucionalizados, programas estruturados de estimulação cognitiva associam-se a redução da sintomatologia depressiva e a melhoria do bem-estar percebido. A estimulação multissensorial com materiais táteis/visuais favorece o envolvimento e a afetividade positiva durante a atividade. (Parola <i>et al.</i> , 2019).	Sessão de Estimulação Cognitiva com Painéis de <i>Montessori</i> (1.ª sessão)	Participação ativa de 80% dos pares idoso-criança participam ativamente, com tarefas adaptadas às capacidades
Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais.	Promoção da criatividade e convívio intergeracional	Atividades artísticas desenvolvidas em ERPI estão ligadas a melhorias do estado emocional e da conexão social; quando intergeracionais, reforçam o vínculo e diminuem o isolamento percebido. (Whear <i>et al.</i> , 2023; Quinn <i>et al.</i> , 2025).	Oficina de Decorações de Natal (2.ª sessão)	Criação de pelo menos 2 decorações por par idoso-criança e feedback positivo da experiência em pelo menos 80% dos participantes.
Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos saudáveis e salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima.	Promoção de hábitos de vida saudáveis e envolvimento ativo	A horticultura terapêutica em pessoas idosas associa-se a reduções de sintomas depressivos e a ganhos de bem-estar, promovendo autoeficácia e participação ativa no quotidiano. A utilização de ervas aromáticas como alternativa ao sal é	Criação de Jardim de Ervas Aromáticas – em espaço interior (3.ª sessão)	Participação ativa dos idosos na criação de pelo menos uma floreira com ervas, demonstrando interesse por cuidados saudáveis.

		<p>bem aceite por idosos em contexto institucional e facilita hábitos alimentares salutogénicos. (Lu, S. <i>et al.</i>, 2023; Tomić-Obrdalj <i>et al.</i>, 2023).</p>		
<p>Incentivar o bem-estar físico e emocional dos idosos por meio de atividades personalizadas e integradoras.</p>	<p>Promoção da atividade física e interação lúdica</p>	<p>Em contexto de ERPI, programas de exercício em grupo estão associados a redução de sintomatologia depressiva e a ganhos psicossociais; o formato lúdico e em pares aumenta adesão e interação social, mitigando sentimentos de solidão. (Zheng <i>et al.</i>, 2022; Zeng &amp; Wang, 2025).</p>	<p>Sessão de Ginástica Lúdica (4.ª sessão)</p>	<p>Realização de exercícios físicos com movimento conjunto e descontraído em duplas intergeracionais, com 80% de adesão.</p>
<p>Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais.</p>	<p>Promoção da expressão emocional e memória afetiva</p>	<p>Intervenções musicais em pessoas idosas reduzem sintomatologia depressiva e potenciam ligação social; o trabalho em grupo amplifica estes efeitos. A dimensão intergeracional adiciona envolvimento positivo e sentido de pertença. (Whear <i>et al.</i>, 2023; Lee <i>et al.</i>, 2025).</p>	<p>Sessão de Músicas Natalícias (5.ª sessão)</p>	<p>Participação ativa nas músicas e partilha de emoções em 80% dos participantes, com relatos de bem-estar emocional em 70%.</p>
<p>Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais &amp; Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima.</p>	<p>Promoção da partilha cultural e alimentação saudável</p>	<p>A reminiscência estruturada (ex.: partilha de memórias/receitas) está associada a diminuição de sintomas depressivos e a aumento do bem-estar; atividades intergeracionais centradas na alimentação e cozinhar reduzem a solidão e reforçam os laços. A adaptação de receitas tradicionais suporta comportamentos salutogénicos. (Lu, Z. <i>et al.</i>, 2023; Whear <i>et al.</i>, 2023; Lin <i>et al.</i>, 2024).</p>	<p>Sessão de Culinária Natalícia Saudável – rabanadas <i>fit</i> e partilha de receitas (6.ª sessão)</p>	<p>Elaboração de rabanadas <i>fit</i> e partilha de memórias da consoada entre gerações, com satisfação referida por 80% dos participantes.</p>

## 2.8. Implementação da Intervenção

De acordo com o referencial de Planeamento em Saúde, a etapa de implementação corresponde ao momento em que o diagnóstico, a priorização e os objetivos se traduzem em ações concretas, através da coordenação de recursos, da gestão do cronograma e da monitorização do processo (Imperatori & Giraldes, 1993). Após uma reunião de alinhamento com os peritos e *stakeholders* da ERPI (Enfermeira Orientadora de EC, Direção, Assistente Social, Gerontóloga, Educadora de Infância e Equipa de Auxiliares), foram apresentados os resultados do estudo, acordaram-se as prioridades e calendarizaram-se as sessões. Definiu-se a equipa operacional de cada atividade — formadora (investigadora principal) e co-formadores (gerontóloga, auxiliares de ação médica, educadora de infância e auxiliares de ação educativa) — e padronizou-se a composição dos grupos em pares intergeracionais 1:1, totalizando 6 idosos e 6 crianças por sessão, de modo a assegurar continuidade relacional e adaptação às capacidades individuais (com os planeamentos detalhados para cada sessão em anexos).

A intervenção decorreu em seis momentos.

**Sessão 1** – Estimulação Cognitiva com Painéis de *Montessori* (03/12/2024, 10h–11h, Sala de Convívio): trabalhou-se a motricidade fina, sequenciação e associação forma-cor com vários painéis (madeira e velcro), garantindo pelo menos um conjunto por par e rotação a meio da atividade. Observou-se atenção sustentada, ajuda recíproca e reforço positivo entre gerações.

**Sessão 2** – Oficina de Decorações de Natal (05/12/2024, 10h–11h, Sala de Convívio): com espátulas, colas e purpurinas de diferentes cores e formatos, os pares produziram estrelas de Natal. Alguns pares realizaram duas peças, outros privilegiaram a conversa e concluíram uma. As decorações foram penduradas no espaço comum, reforçando a pertença e a visibilidade do projeto.

**Sessão 3** – Ginástica Lúdica (10/12/2024, 10h–11h, Sala de Convívio): com materiais da instituição (balões, bolas, barras, arcos), desenvolveram-se exercícios de mobilidade articular, coordenação e jogos de espelho idoso-criança, com apoio musical. Registou-se participação contínua e segura.

**Sessão 4** – Criação de Jardim de Ervas Aromáticas – interior (12/12/2024, 10h–11h30, Sala de Convívio): devido às condições climáticas, a atividade foi interior. A investigadora levou vasos, terra e plantas (p. ex., salsa, hortelã, alecrim) e a ERPI cedeu ferramentas. Cada par preparou um vaso, explorando aromas e texturas e discutindo usos culinários, ficando combinado um cuidado semanal de manutenção como continuidade terapêutica.

**Sessão 5** – Músicas Natalícias (17/12/2024, 10h–11h, Sala de Convívio): repertório simples com coluna portátil e instrumentos da instituição (maracas, castanholas, triângulo). Houve canto conjunto, palmas ritmadas e gestos coreografados, com evidente envolvimento emocional e contacto olho-no-olho entre pares.

**Sessão 6** – Culinária Natalícia Saudável (19/12/2024, 14h–15h30, Cozinha da ERPI): iniciou-se com partilha de receitas e alimentos habituais de consoada (idosos e crianças), seguindo-se a confeção de rabanadas *fit* (menos açúcar). A ERPI forneceu ingredientes, louça e forno, tendo o cozinheiro apoiado a confeção. Realizou-se degustação conjunta e diálogo sobre escolhas alimentares e memórias familiares.

Todas as sessões tiveram registo de presenças, notas de processo (adesão, interação, segurança) e registo fotográfico com máquina analógica, culminando na produção do *book* (Apêndice XII) entregue à instituição como memória do trabalho realizado e incentivo à continuidade das atividades intergeracionais. No conjunto, a implementação cumpriu o cronograma e os parâmetros operativos definidos, com elevada adesão e necessidade apenas de adaptação pontual (no caso do jardim em ambiente interior), em consonância com os princípios de exequibilidade e monitorização propostos por Imperatori & Giraldes (1993).

## 2.9. Avaliação da Intervenção

A avaliação consiste na comparação entre a situação inicial e a situação final alcançada, com vista à correção e melhoria contínua. No Planeamento em Saúde, definir objetivos e indicadores é condição para avaliar o valor das intervenções e fundamentar decisões sobre a sua continuidade (Imperatori & Giraldes, 1993). Neste projeto, a avaliação foi formativa, acompanhou todo o processo, permitindo pequenos ajustamentos, e sumativa de curto prazo,

no fecho do ciclo. O desenho e os critérios de avaliação alinharam-se com o PNS 2021–2030 e com as orientações do Programa Nacional para a Saúde Mental, privilegiando a centralidade da pessoa, o ambiente relacional e a continuidade possível dos ganhos.

O enquadramento teórico combinou dois referenciais de enfermagem. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender orientou a conceção das atividades para aumentar benefícios percebidos, a autoeficácia, os afetos positivos associados à participação e as influências interpessoais favoráveis. A Teoria das Transições de Afaf Meleis enquadrou a institucionalização enquanto transição situacional, com foco nos padrões de resposta que denotam uma adaptação saudável (ligação, interação competente, mestria e bem-estar) e nas condições que a facilitam (apoio social, ambiente significativo).

A recolha de evidências combinou observação estruturada, registos da investigadora e registos breves da equipa (Assistente Social e Educadoras de Infância) e feedback dos participantes em cada sessão. Por constrangimentos de calendário, não foi possível reaplicar de imediato as escalas GDS-15 e UCLA-16. Contudo, ficou acordada com a ERPI possibilidade de uma reaplicação às 4–8 semanas, de modo a estimar o efeito da intervenção nas dimensões depressivas e de solidão. Para reforçar a memória organizacional e a continuidade do projeto, foi entregue um *book* fotográfico das atividades desenvolvidas (com consentimento informado/autorizações para captação e uso interno de imagem por parte dos participantes e/ou representantes legais), acompanhado de mensagens motivacionais e de agradecimento à instituição.

**Objetivo Específico 1** — Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades intergeracionais.

A interação intergeracional foi o núcleo do projeto. Nas sessões partilhadas, observou-se proximidade relacional entre os pares idoso-criança, humor positivo e conversas que se prolongaram para além do tempo formal das atividades. Na Oficina de Decorações de Natal, os pares produziram as peças previstas, em vários casos duas decorações por par, enquanto trocavam histórias e memórias, demonstrando sinais de pertença e reconhecimento mútuo. Na sessão de Músicas Natalícias, a maior parte dos participantes cantou e marcou o ritmo em conjunto, estabelecendo contacto visual, sorrisos e gestos sincronizados, comportamentos

que refletem a ligação e interação competente descritos por Afaf Meleis. Na sessão de Culinária Natalícia Saudável, a partilha de receitas, segredos culinários e tradições da consoada funcionou como um dispositivo identitário e afetivo, fortalecendo os laços e o apoio interpessoal, de acordo com os princípios de Pender. Globalmente, as metas operacionais do objetivo, participação ativa  $\geq 80\%$  e *feedback* positivo elevado, foram alcançadas.

**Objetivo Específico 2** — Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima.

A sessão de Criação do Jardim de Ervas Aromáticas em espaço interior mobilizou conhecimentos sobre alternativas ao sal (salsa, hortelã, coentros, orégãos) e permitiu aos participantes escolher, plantar e cuidar das suas plantas, identificando aromas e sugerindo usos em pratos do quotidiano. Na sessão de Culinária Natalícia Saudável, a confeção de rabanadas *fit* permitiu discutir adaptações da receita tradicional com menor teor de gordura e açúcar, preservando o significado afetivo da consoada. Em ambos os momentos, os idosos verbalizaram intenção de utilizar as ervas e replicar a receita, evidenciando maior autoeficácia e mestria nas escolhas alimentares, de acordo com Nola Pender e Afaf Meleis. A meta de participação ativa e apropriação prática foi cumprida.

**Objetivo Específico 3** — Incentivar o bem-estar físico e emocional dos idosos por meio de atividades personalizadas e integradoras.

A Ginástica Lúdica recorreu a exercícios adaptados de mobilidade, alongamento e coordenação motora fina, com música e momentos de respiração guiada. Observou-se adesão elevada, expressão facial positiva e ausência de eventos adversos. No encerramento, vários participantes referiram sentir-se “mais leves” e “mais animados”, demonstrando relaxamento postural e maior disponibilidade para o convívio. Na lógica de Nola Pender, estes relatos representam afetos positivos associados à atividade; na de Meleis, traduzem bem-estar numa transição. A meta de adesão  $\approx 80\%$  foi atingida.

**Objetivo Específico 4** — Promover o estímulo da cognição e dos sentidos dos idosos por meio de atividades terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.

A Estimulação Cognitiva com Painéis de *Montessori* combinou estímulos tátil-visuais com tarefas de associação forma-função. Verificou-se atenção sustentada, iniciativa para resolver desafios e recordação de memórias biográficas evocadas por objetos e imagens, com as crianças a servirem de mediadoras motivacionais. Em pares que inicialmente demonstraram hesitação, observou-se uma persistência crescente e maior fluência verbal. Na ótica de Afaf Meleis, este percurso revela uma interação competente e progressos na mestria; na de Pender, reforça os afetos positivos e engajamento com a atividade. A meta de participação ativa  $\geq 80\%$  foi alcançada.

Posto isto, as seis sessões decorreram conforme planeado (incluindo pareamento 1:1, segurança, acessibilidade dos materiais e adequação do espaço) e produziram ganhos comportamentais e emocionais imediatos, consistentes com os referenciais adotados. Foram gerados produtos tangíveis (decoreções, canteiro de ervas, painéis e o *book*) que fortalecem a memória organizacional e a replicabilidade do projeto. As principais limitações foram de ordem logística: a impossibilidade de reaplicar as escalas GDS-15 e UCLA-16 no período ideal; o cancelamento do Teatro de Natal devido à sobrecarga de agenda; e a necessidade de transferir a atividade de jardinagem para interior por causa das condições meteorológicas. Estas restrições não comprometeram o alcance das metas de curto prazo, mas justificam um reforço da monitorização nas iterações futuras do projeto.

Para avaliação a médio prazo, recomenda-se a reaplicação estruturada das escalas (T1 aos 30–60 dias e T2 aos 3 meses), a criação de um registo semanal breve de humor/solidão (2–3 itens simples), a capacitação de mediadores internos para a condução autónoma das atividades e a inclusão de familiares em, pelo menos, uma sessão por ciclo, de modo a reforçar o fator protetor relacional. Propõe-se ainda a programação trimestral de sessões intergeracionais e a integração do canteiro de ervas na rotina da ERPI. Estas medidas, coerentes com o Planeamento em Saúde e com os modelos de Nola Pender e Afaf Meleis, permitirão avaliar a sustentabilidade dos ganhos e apoiar decisões sobre a continuidade e escala do projeto.

### 3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXÃO

#### 3.1. Discussão dos Resultados

Refletir sobre os resultados e colocá-los lado a lado com a evidência disponível permite um olhar mais crítico e útil para a prática. Para maior clareza, a discussão organiza-se em cinco partes: perfil sociodemográfico, sintomatologia depressiva (GDS-15), solidão (UCLA-16), padrões de associação entre variáveis e síntese interpretativa e implicações para a prática.

##### 3.1.1. Perfil Sociodemográfico

O perfil observado, com predominância masculina, contrasta com o padrão descrito em amostras portuguesas de idosos institucionalizados, nas quais tipicamente predominam mulheres; no estudo de validação da GDS em contexto institucional (n=493), 73% eram mulheres (Figueiredo-Duarte *et al.*, 2021). Esta inversão deve ser considerada na interpretação dos resultados.

A idade muito avançada da amostra é congruente com estudos recentes em ERPI que descrevem populações mais longevas e relacionam solidão e sintomatologia depressiva com maior fragilidade e dependência (Cano *et al.*, 2024; Fonseca *et al.*, 2024). Os perfis sociodemográficos encontrados alinham-se, em grande medida, com a literatura nacional: a viuvez é frequente em ERPI e associa-se a menor bem-estar e maior depressão, o que enquadra a elevada proporção de viúvos da amostra na leitura dos resultados da GDS-15 (Fonseca *et al.*, 2024). A baixa escolaridade, igualmente comum nestas populações, relaciona-se com pior funcionalidade e qualidade de vida, fatores que se ligam a maior carga depressiva (Fonseca *et al.*, 2024). Quanto ao tempo de residência, a evidência indica que, mais do que a sua duração, é a dependência funcional que se associa de forma robusta a depressão e solidão (em 19 ERPI do Alentejo, participantes com depressão foram  $\approx 3,7$  vezes mais propensos a serem dependentes; e os que reportaram solidão  $\approx 2,0$  vezes) (Cano *et al.*, 2024).

Por fim, o facto de a maioria ter filhos e uma proporção relevante referir visitas frequentes é coerente com estudos nacionais que sublinham a importância do apoio e da ligação familiar no contexto institucional. Em amostras portuguesas, solidão e depressão apresentam

correlação positiva, reforçando o papel protetor das relações familiares neste enquadramento (Araújo *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2024).

### **3.1.2. Sintomatologia Depressiva (GDS-15)**

A prevalência de 55,9% de sintomatologia depressiva observada situa-se acima da estimativa reportada num estudo multicêntrico em três ERPI do Norte de Portugal, onde a aplicação da GDS-15 a 175 residentes identificou 45,2% de “casos” usando ponto de corte  $>5$  (Ferreira *et al.*, 2016). Nesse trabalho, os residentes com sintomatologia depressiva apresentavam mais necessidades não satisfeitas (p. ex., atividades diurnas e companhia), o que ajuda a contextualizar, no presente estudo, a maior endosso de itens relacionados com abandono/desamparo. A discrepância entre proporções pode resultar de diferenças no perfil amostral, na definição de *cut-offs* e em características institucionais (organização das rotinas, oferta de atividades, recursos humanos).

Importa notar que a escala apresentou boa consistência interna ( $\alpha=0,80$ ), valor alinhado com a literatura nacional, que suporta o rastreio em ERPI e descreve bons parâmetros de desempenho para versões curtas em contexto português (Figueiredo-Duarte *et al.*, 2021). Em síntese, o nível de sintomatologia encontrado, maioritariamente ligeiro, confirma a relevância clínica de intervenções de baixo custo orientadas para ligação social, participação significativa e rotinas salutogénicas, coerentes com a evidência e com os referenciais adotados.

### **3.1.3. Solidão (UCLA-16)**

Apesar de a literatura apontar, em geral, para níveis elevados de solidão em idosos institucionalizados (Araújo *et al.*, 2025), na presente amostra a maioria não apresentou sentimentos negativos, sendo 26,5% os casos clinicamente relevantes. Esta discrepância é plausivelmente explicada pelo contexto específico da ERPI, que oferece atividades regulares de estimulação cognitiva, socialização e exercício físico, promovendo relações próximas entre residentes e profissionais—abordagens alinhadas com as recomendações para a promoção da saúde mental na terceira idade (IGAS, 2023). Em consonância, estudos nacionais mostram que a participação em programas de ativação e a frequência de visitas familiares se associam a menor solidão e melhor qualidade de vida (Fonseca *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024).

A análise por itens sugere que, nesta amostra, a solidão decorre sobretudo da percepção de superficialidade das relações, da ausência de intimidade e da falta de companhia, elementos nucleares do construto medido pela UCLA—achado coerente com a validação portuguesa da escala e com estudos em ERPI que ligam a qualidade/profundidade relacional a maior solidão e pior bem-estar (Pocinho *et al.*, 2010; Cano *et al.*, 2024; Silva *et al.*, 2024). Tal cenário justifica estratégias de intervenção direcionadas, dado que uma fração não negligenciável de residentes permanece em risco emocional, reforçando a relevância da atuação preventiva e promotora da saúde por parte do EEESCSP.

No plano comparativo, a validação nacional da UCLA-16 (n=660) encontrou 39% de idosos com >32 pontos e confirmou a estrutura bidimensional (Isolamento social; Afinidades) (Pocinho *et al.*, 2010). Em ERPI com maior dependência funcional, a versão UCLA-18 registou média 47,77 numa escala 18–72, refletindo níveis mais elevados de solidão (Rodrigues *et al.*, 2019). Assim, o nosso resultado (26,5% >32;  $\bar{x}$ =28,96) fica abaixo destes referenciais, compatível com um ambiente institucional com atividade social estruturada e apoio relacional frequente, fatores reconhecidos como protetores na literatura.

#### **3.1.4. Associações e Determinantes**

Nas associações internas do estudo, a maior sintomatologia depressiva surgiu relacionada (ainda que de forma fraca) com menor escolaridade, maior tempo de residência em ERPI e menor frequência de visitas familiares, sem relação com a idade nem diferenças por sexo. O gradiente com escolaridade vai ao encontro da evidência portuguesa em amostras populacionais, que identifica abaixo escolaridade como fator de risco para depressão na velhice (Sousa *et al.*, 2017). A associação com tempo de institucionalização é plausível perante estudos que descrevem agravamento após a institucionalização, reconhecendo-se, todavia, heterogeneidade entre contextos e amostras (Hoover *et al.*, 2010; Yuan *et al.*, 2019).

A ligação entre menos visitas e mais sentimentos depressivos é coerente com sínteses que associam maior contacto familiar a menores sentimentos depressivos em cuidados residenciais, bem como com dados portugueses que documentam forte associação entre solidão e depressão na velhice (Tan *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2024). A ausência de associação com a idade, após ajuste, também é compatível com a literatura nacional (Sousa *et al.*, 2017).

Importa notar que a dependência funcional é um potencial confundidor (associado a maior depressão), devendo ser controlado em análises futuras (Cano *et al.*, 2024).

Relativamente à solidão, o padrão observado — diferenças por estado civil e visitas, sem efeito isolado de sexo/idade — é consistente com a evidência portuguesa, que destaca o peso dos fatores relacionais/familiares e do perfil funcional (mais do que sexo ou idade isolados) na determinação da solidão em ERPI. Na validação nacional da UCLA-16, o relacionamento/apoio familiar emergiu como preditor central da solidão, sendo que a idade apenas aumentou o risco quando combinada com fraco apoio familiar (Pocinho *et al.*, 2010). O efeito do estado civil, com maior risco em situações de viuvez ou contextos relacionais menos favoráveis, alinha-se com evidência nacional e sínteses internacionais recentes (Pocinho *et al.*, 2010; Vedder *et al.*, 2024). Do mesmo modo, resultados portugueses em ERPI mostram que maior apoio e ligação familiar se associam a melhor bem-estar e menor risco psicossocial, sendo a solidão um marcador de piores indicadores de saúde mental (Araújo *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2024).

Finalmente, a associação positiva entre solidão e depressão encontrada no presente estudo é consistente com a literatura nacional, incluindo em contextos institucionalizados (Silva *et al.*, 2024; Cano *et al.*, 2024), reforçando a relevância clínica de estratégias que potenciem o apoio familiar e a qualidade das relações no quotidiano institucional.

### **3.1.5. Síntese interpretativa e implicações para a prática**

De forma integrada, este relatório demonstrou a pertinência de intervir na saúde mental de idosos institucionalizados em ERPI, articulando o Planeamento em Saúde com referenciais teóricos de enfermagem (Meleis, 2010; 2018; Pender *et al.*, 2015) e com as prioridades nacionais para o envelhecimento ativo. A intervenção intergeracional concebida respondeu diretamente aos problemas identificados no diagnóstico (sintomatologia depressiva e sentimentos de solidão) e ancorou-se em práticas participativas, centradas na pessoa e no contexto.

O diagnóstico de situação permitiu conhecer o perfil sociodemográfico e mapear necessidades: uma amostra envelhecida, maioritariamente viúva, com baixa escolaridade, e

uma prevalência de sintomatologia depressiva (55,9%) superior à descrita em alguns estudos nacionais; já a solidão clinicamente relevante (26,5%) foi menor do que o expectável noutros cenários institucionais, possivelmente pela oferta prévia de atividades e pela ligação familiar. A correlação positiva entre solidão e depressão ( $r=0,643$ ) reforça a interdependência destes fenómenos e valida a opção por estratégias que promovem ligação social, participação e sentido de pertença.

A intervenção operacionalizou os modelos teóricos: no Modelo de Promoção da Saúde (Pender *et al.*, 2015), trabalhou-se autoeficácia, benefícios percebidos e influências interpessoais; na Teoria das Transições (Meleis, 2010; 2018), a institucionalização foi considerada transição situacional, estimulando ligação, interação competente, mestria nas rotinas e integração no quotidiano da ERPI. As seis sessões foram desenhadas para gerar experiências simples, significativas e realizáveis.

Nos resultados de processo observaram-se elevada adesão, interações positivas e expressões de bem-estar. A estimulação cognitiva e sensorial promoveu envolvimento e afeto positivo; a oficina criativa e a música facilitaram expressão emocional e convívio; a ginástica lúdica aumentou movimento e participação; a horticultura acrescentou propósito e hábitos salutogénicos; e a culinária com reminiscência valorizou histórias de vida e ligação cultural.

No plano dos ganhos esperados, destaca-se a potencial redução de sintomas depressivos e da solidão percebida por via de atividades interpessoais estruturadas, regulares e com significado; a dimensão intergeracional funcionou como catalisador de vínculo, motivação e sentido. Adicionalmente, a horticultura e a culinária saudável alinham comportamentos do dia a dia com objetivos salutogénicos, favorecendo autonomia percebida e autoestima. Entre os pontos fortes salientam-se: (i) coerência entre diagnóstico, prioridades e desenho; (ii) pareamento 1:1 idoso-criança; (iii) articulação intersetorial (ERPI–educação) e envolvimento de *stakeholders*; (iv) produção de “marcadores tangíveis” (decoreações, canteiro de ervas, receitas) que prolongam o efeito das sessões no quotidiano.

Em suma, o projeto alinhou necessidades, teoria e prática, gerando evidência de viabilidade e relevância de uma intervenção intergeracional em ERPI orientada para a saúde mental. Apesar das limitações metodológicas, a coerência entre diagnóstico, estratégia e execução, aliada aos

ganhos de processo, sustenta a continuidade e ampliação com avaliação de resultados em novos ciclos. Esta experiência contribui para a prática de enfermagem comunitária em contextos institucionais, reforçando o papel do EEESCSP na promoção da saúde e na construção de ambientes mais ligados e significativos para pessoas idosas.

### **3.2. Competências Adquiridas**

Este relatório ficaria incompleto sem uma reflexão sobre o percurso acadêmico e profissional desenvolvido nos contextos do ensino clínico, bem como sobre as competências efetivamente consolidadas ao longo deste processo. À luz do Regulamento n.º 140/2019 e do Regulamento n.º 428/2018, procuramos articular, de forma coerente, os domínios de competências comuns do enfermeiro especialista com as competências específicas do EEESCSP e com as exigências do grau de mestre. No plano da responsabilidade profissional, ética e legal, todo o trabalho foi conduzido com rigor: obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética, a autorização formal da direção da ERPI e os consentimentos informados (pessoas idosas e encarregados de educação), garantindo a confidencialidade e anonimização dos dados. A aplicação presencial dos instrumentos considerou diferentes níveis de literacia, respeitando a autonomia e a decisão livre e esclarecida dos participantes. Esta salvaguarda ético-deontológica esteve presente desde o desenho metodológico até à análise dos resultados e à devolução de informação às equipas.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, as intervenções foram fundamentadas na melhor evidência disponível e acompanhadas por indicadores de estrutura, processo e resultado, favorecendo a monitorização e a aprendizagem em ciclo curto. A participação em reuniões técnicas na USP e na UCC permitiu integrar dados, discutir constrangimentos e alinhar práticas com programas e planos nacionais, reforçando uma cultura de avaliação e de melhoria. No projeto de intervenção em ERPI, esta lógica traduziu-se na definição de metas claras, em registos sistemáticos de adesão e segurança e na preparação de reaplicações de escalas para avaliação de resultados em momentos subsequentes. No domínio da gestão de cuidados e de recursos, ficou patente a importância do Planeamento em Saúde para transformar necessidades em ações exequíveis, seguras e sustentáveis. O programa

intergeracional foi concebido com recursos limitados, mobilizando parcerias internas e externas, adaptando espaços e materiais e garantindo acessibilidade às pessoas idosas. A coordenação com a equipa técnica, com a gerontóloga e com a instituição educativa parceira viabilizou o pareamento 1:1 entre crianças e pessoas idosas, a preparação de materiais e a gestão do tempo, assegurando a continuidade e a coerência entre sessões, mesmo perante imprevistos logísticos.

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a prática refletiu uma postura crítica e reflexiva, sustentada pela atualização contínua da evidência e pelo domínio de ferramentas de análise (SPSS). A formação complementar contribuiu diretamente para o reforço destas competências. Para além da participação no I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária (APEEEC, 6 de junho de 2024, Lisboa), participei nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA – “Comunicação e Enfermagem: relação para a transformação”, onde fui oradora na apresentação do *e-poster* “Hesitação Vacinal: o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública”. Fui igualmente coautora do *e-poster* “Comunicação em Saúde na Comunidade: intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública”, apresentado por outro elemento da equipa, uma experiência que reforçou as competências de comunicação científica, trabalho colaborativo e transferência de conhecimento para contextos reais. Em paralelo, colaborei na produção científica com colegas e docentes, resultando no artigo “A importância da literacia em saúde na população idosa portuguesa” (RIAGE – Revista de Investigação em Enfermagem, Gestão e Educação), consolidando a integração entre investigação, análise crítica e disseminação de resultados na prática profissional (Anexo VIII).

No que respeita às competências específicas do EEESCSP, o percurso permitiu cumprir todas as etapas do Planeamento em Saúde: diagnóstico de situação (com caracterização sociodemográfica e aplicação das escalas GDS-15 e UCLA-16), priorização de problemas, formulação de objetivos, seleção de estratégias e implementação de seis sessões intergeracionais com avaliação formativa. A capacitação de grupos foi operacionalizada através de atividades simples, significativas e ajustadas às capacidades individuais, promovendo a ligação social, a participação e comportamentos salutogénicos. A integração com políticas e programas em vigor mostrou-se estratégica, alinhando a intervenção com as

orientações para a saúde mental e o envelhecimento ativo, e reforçando a articulação entre serviços de saúde e a resposta social. Adicionalmente, a experiência em vigilância epidemiológica na USP, nomeadamente através de inquéritos e análise de informação em saúde, consolidou competências na leitura de determinantes de saúde, na interpretação de indicadores e na comunicação de risco.

Por fim, no plano das competências de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006 e n.º 65/2018), o trabalho evidenciou a capacidade de integrar investigação e prática, concretizada na revisão crítica da literatura, no desenho metodológico adequado ao contexto, no tratamento e interpretação de dados, na discussão com ancoragem teórica e na tradução do conhecimento para a intervenção. A gestão de constrangimentos reais, a negociação com *stakeholders*, a disseminação académica (através da participação em jornadas e de uma publicação) e a produção de documentação técnica sustentam o nível de autonomia, profundidade e inovação esperado neste ciclo de estudos. Em síntese, o percurso permitiu consolidar de forma integrada as competências comuns, as competências específicas do EEESCSP e as competências de mestre. A recetividade institucional, a exequibilidade do programa e a abertura para continuidade em ciclos subsequentes reforçam a relevância da intervenção para a prática corrente em ERPI e confirmam a utilidade do Planeamento em Saúde como eixo estruturante da enfermagem comunitária.

Do ponto de vista das competências do EEESCSP, o projeto evidencia: (i) o uso do Planeamento em Saúde para transformar necessidades em ações concretas; (ii) as parcerias e o trabalho em rede; (iii) as intervenções baseadas em evidência e ajustadas ao contexto; (iv) a monitorização e avaliação sistemática; (v) o respeito ético e salvaguarda dos participantes (idosos e crianças). Em termos de política e organização, o modelo testado revela-se exequível, de baixo custo e replicável, articulando-se com o Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e com o Programa Nacional para a Saúde Mental.

### 3.3. Limitações

Ao longo do projeto, verificaram-se constrangimentos que importa explicitar. A obtenção do parecer da Comissão de Ética da ESSATLA decorreu mais tarde do que o previsto: a comissão reúne apenas uma vez por mês, nem sempre consegue discutir todos os processos em cada reunião e, no meu caso, solicitou reformulações sucessivas antes da aprovação final. Este encadeamento de pedidos, aliado à cadência mensal, alargou os prazos de decisão, o que atrasou o início das atividades e obrigou a concentrar a implementação das intervenções em três semanas, com duas sessões por semana. Consequentemente, nem todas as pessoas idosas da amostra puderam participar de forma contínua em todas as sessões e ficou inviabilizada a reaplicação atempada das escalas (GDS-15 e UCLA-16), impedindo a comparação pré-pós no mesmo período do ensino clínico.

A intervenção decorreu em dezembro, em pleno período natalício, o que implicou ajustes de horário devido à coexistência de iniciativas internas na ERPI e na instituição parceira (educação pré-escolar). Além disso, as condições meteorológicas obrigaram a transferir a atividade de jardinagem para um espaço interior, atenuando o contacto com o exterior inicialmente previsto. Adicionalmente, o ambiente festivo poderá ter influenciado positivamente, de forma inespecífica, alguns indicadores emocionais, devendo este efeito de época ser considerado na interpretação dos resultados.

As limitações do estudo devem ser explicitadas. O tamanho amostral reduzido ( $n=34$ ), a amostragem por conveniência e o facto de a intervenção ter decorrido numa única ERPI limitam a generalização dos resultados. A impossibilidade de reaplicação imediata das escalas (GDS-15 e UCLA-16) impediu a medição de ganhos de resultado no curto prazo, pelo que a avaliação foi sobretudo formativa e de processo. Variáveis potencialmente confundidoras, como dor crónica e polimedicação, não foram controladas. Finalmente, o cancelamento do teatro e a mudança do jardim para interior espelham constrangimentos logísticos típicos do terreno, os quais não comprometeram a coerência global do programa.

O modelo operativo adotado — pares 1:1 (6 pessoas idosas: 6 crianças) — privilegiou a segurança, a atenção individual e a qualidade da interação, mas limitou o número de participantes por sessão. Atendendo a que o diagnóstico incluiu 34 pessoas idosas, não foi

possível que todas participassem em todas as atividades, dado o curto espaço temporal disponível. Verificou-se, por isso, uma exposição desigual aos diferentes componentes: alguns participantes integraram mais do que uma sessão (pela sua presença na sala e manifesta vontade, sobretudo nas sessões de música e de atividade física), enquanto outros participaram apenas numa. Para ciclos futuros, será pertinente planear rotatividade formal entre sessões, mantendo o rácio 1:1.

Do ponto de vista da avaliação, este foi um projeto de melhoria em contexto real, concebido para uma ERPI específica. O foco esteve na implementação e na apreciação formativa (adesão, participação, utilidade percebida), e não na produção de conhecimento generalizável. Assim, os resultados devem ser interpretados como evidência de viabilidade e aceitabilidade neste contexto, com potencial de continuidade. A escala reduzida e os grupos 6:6 constituíram escolhas deliberadas para garantir a segurança e a exequibilidade logística. Em ciclos futuros, poderá ser útil acrescentar registos pré-pós de rotina (p. ex., GDS-15/UCLA-16) e um seguimento breve, reforçando a monitorização interna e a melhoria contínua.

### **3.4. Sugestões Futuras**

Com base no exercício crítico realizado, propõe-se a consolidação de um plano anual de intervenção intergeracional organizado em ciclos trimestrais, assegurando continuidade, dose adequada e avaliação sistemática, dado que programas regulares e bem estruturados tendem a maximizar ganhos psicossociais e requerem preparação específica das equipas (Gualano *et al.*, 2018; Webster *et al.*, 2024). Cada ciclo deverá integrar 4 a 6 sessões, preferencialmente semanais, com avaliação em três momentos (T0–T1–T2) através da GDS-15 e da UCLA-16, de modo a monitorizar variações de sintomatologia depressiva e solidão e estimar a manutenção de efeitos no curto prazo, em linha com recomendações de avaliação pré-pós em intervenções sociais para solidão/depressão (Masi *et al.*, 2011;) e com a lógica de ciclos de melhoria contínua tipo *Plan–Do–Study–Act* (Taylor *et al.*, 2014).

Para reforçar o suporte relacional e favorecer a transferência dos efeitos para o quotidiano, recomenda-se a inclusão de uma sessão com participação de familiares em cada ciclo, em

horário facilitador, dado o papel positivo das práticas de inclusão familiar no bem-estar e na participação em cuidados de longa duração (Puurveen *et al.*, 2018). Para melhorar a interpretação dos resultados e orientar a personalização das atividades, sugere-se a recolha sistemática, no início de cada ciclo, de indicadores de dependência funcional e de estado cognitivo por meio de registos breves, de baixo ónus para as equipas (Masi *et al.*, 2011). Em paralelo, importa investir na formação de “facilitadores internos” (profissionais e voluntários) com ações curtas e guiões operacionais, estratégia apontada como crítica para a fidelidade e a sustentabilidade de programas psicossociais (Gualano *et al.*, 2018; Fixsen *et al.*, 2005).

A monitorização deve ser complementada por registos semanais concisos do estado emocional e da perceção de solidão (2–3 itens), integrados na rotina assistencial, com sinalização de agravamentos clinicamente relevantes e ativação de respostas oportunas; para este fim, medidas ultrabreves, como a UCLA-3, são adequadas à vigilância frequente (Hughes *et al.*, 2004). Por fim, recomenda-se a manutenção de “produtos estruturantes” — canteiro de ervas aromáticas, caderno de receitas, repertório musical e *book* fotográfico — incorporados como práticas regulares da ERPI, uma vez que horticultura terapêutica, reminiscência e música apresentam evidência de benefícios emocionais em pessoas idosas (Soga *et al.*, 2017; Aalbers *et al.*, 2017).

Importa ainda referir que, apenas seis das sete sessões inicialmente previstas foram concretizadas. A sétima sessão – Teatro de Natal – não foi implementada. Em reunião com os *stakeholders* e colaboradores do projeto, concluiu-se que, face aos constrangimentos logísticos, limitações de tempo e recursos humanos, a sua realização não seria viável, tendo sido consensualmente retirada do plano de atividades. Este facto reforça a necessidade de assegurar uma planificação realista e compatível com os recursos efetivamente disponíveis.

Em síntese, a adoção de ciclos trimestrais com avaliação T0–T1–T2, a participação de familiares, a caracterização funcional e cognitiva de base, a capacitação de facilitadores internos, os registos semanais simplificados e a institucionalização de produtos estruturantes configuram um percurso exequível, de baixo custo e mensurável, alinhado com princípios de cuidado centrado na pessoa e com a melhoria contínua da qualidade em contexto de ERPI (Taylor *et al.*, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se o presente relatório com este capítulo, que visa sintetizar todo o projeto e, simultaneamente, apresentar uma análise global do mesmo.

A realização deste projeto em contexto de ERPI, em articulação com a USP e a UCC, permitiu consolidar um percurso formativo assente no Planeamento em Saúde e na prática baseada na evidência, em conformidade com o perfil de competências do EEESCSP. A integração nas equipas foi facilitadora, viabilizando o diagnóstico de situação, a priorização dos problemas e a implementação de uma intervenção estruturada centrada na promoção da saúde mental das pessoas idosas institucionalizadas.

O diagnóstico evidenciou uma presença relevante de sintomatologia depressiva e de sentimentos de solidão, com associação positiva entre ambos os construtos. Este enquadramento sustentou a opção por uma intervenção intergeracional, ancorada no Modelo de Promoção da Saúde de Pender e na Teoria das Transições de Meleis, privilegiando o reforço da ligação social, da autoeficácia e da adaptação à vida institucional. De forma global, este projeto possibilitou a integração prática dos referenciais normativos e científicos que orientam a atuação do EEESCSP, permitindo intervir numa população particularmente vulnerável, os idosos institucionalizados, e responder às problemáticas identificadas. Para além de se constituir como uma intervenção com impacto direto na saúde mental dos participantes, representou também um percurso de consolidação de competências avançadas na área da especialização, ao articular teoria, prática clínica e investigação.

A intervenção operacionalizou-se em seis sessões temáticas (estimulação cognitiva e sensorial; atividades artísticas expressivas; jardinagem; atividade física adaptada; música; culinária saudável), baseadas num pareamento 1:1 entre pessoas idosas e crianças. Observou-se uma elevada adesão, um envolvimento relacional consistente e a expressão de bem-estar durante as atividades, com produção de resultados tangíveis (decorações, jardim de ervas aromáticas, registos fotográficos) que reforçaram o sentimento de pertença e de continuidade. Os processos foram conduzidos com base em planos de sessão, indicadores de estrutura e processo, e uma observância rigorosa dos princípios éticos e deontológicos, assegurando qualidade técnica e segurança.

Apesar das limitações identificadas, o projeto foi implementado quase na totalidade e apresentou resultados positivos, reforçando a pertinência da intervenção intergeracional na promoção da saúde mental em contexto de ERPI. Esta experiência constitui um exemplo prático, replicável e ajustável a outras instituições, incentivando a continuidade e a expansão de iniciativas semelhantes.

Em termos de contributos para a prática, o projeto disponibiliza guiões operacionais replicáveis, metas e indicadores simples (estrutura–processo–resultado) e um roteiro de articulação com parceiros educativos locais. A incorporação regular de sessões intergeracionais, a manutenção do jardim de ervas aromáticas como recurso educativo e sensorial e a realização periódica de momentos musicais e de culinária saudável constituem medidas exequíveis e centradas na pessoa, com potencial para ganhos em saúde mental e bem-estar.

Do ponto de vista profissional, o percurso consolidou competências comuns e específicas do EEESCSP: análise de determinantes, planeamento, liderança colaborativa, mobilização de evidência e avaliação. A participação ativa em contextos comunitários e a articulação interinstitucional reforçaram a capacidade de conceber, implementar e monitorizar intervenções ajustadas às necessidades reais da população.

Em síntese, os objetivos propostos foram alcançados no essencial: diagnosticou-se a situação, priorizaram-se problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem e implementou-se uma intervenção intergeracional pertinente, eticamente robusta e operacionalmente viável. Ficam, assim, delineadas condições para a sua continuidade e escala, contribuindo para uma resposta mais integral às necessidades emocionais e relacionais das pessoas idosas institucionalizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., & Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(11), CD004517. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004517.pub3>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.<sup>a</sup> ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Araújo, I., Jesus, R., Araújo, N., & Ribeiro, Ó. (2017). Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.003>.
- Araújo, O., Sousa, L., Sampaio, F., Rodrigues, C., Santos, N. C., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2025). Loneliness and Mental Health Disorders in Older Adults Living in Portugal During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 13(13), 1483. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131483>.
- Araújo, T. M. B. de, Alves, K. de L., Silva, A. L. O., Medeiros, R. A. de, & Tura, L. F. R. (2024). Fatores que contribuem para a solidão na pessoa idosa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(9), e16572. <https://doi.org/10.25248/reas.e16572.2024>.
- Baker, J. R., Webster, L., Lynn, N., Rogers, J., & Belcher, J. (2017). Intergenerational Programs May Be Especially Engaging for Aged Care Residents With Cognitive Impairment: Findings From the Avondale Intergenerational Design Challenge. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 32(4), 213–221. <https://doi.org/10.1177/1533317517703477>
- Boamah, S. A., Weldrick, R., Lee, T. J., & Taylor, N. (2021). Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care: A Scoping Review. *Journal of aging and health*, 33(7-8), 618–632. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>.
- Borges, M. M., Bomfim, A. J. d. L., & Chagas, M. H. N. (2021). Depression and empathy in health professionals who work in the long-term care institutions for older adults. *Dementia & Neuropsychologia*, 15(3), 381–386. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030011>.
- Cano, F., Alves, E., Guedes de Pinho, L., & Fonseca, C. (2024). Functional Capacity of Institutionalized Older People and Their Quality of Life, Depressive Symptoms and Feelings of Loneliness: A Cross-Sectional Study. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 14(4), 3150–3164. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040229>.
- Chapman, H., Bethell, J., Dewan, N., Liougas, M. P., Livingston, G., McGilton, K. S., & Sommerlad, A. (2024). Social connection in long-term care homes: a qualitative study

- of barriers and facilitators. *BMC geriatrics*, 24(1), 857. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05454-8>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *Sem mais tempo a perder: Saúde mental em Portugal – um desafio para a próxima década*. Lisboa: CNS. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf>.
- D'abundo, M. L., Fugate-Whitlock, E. I., & Fiala, K. A. (2011). Recycling Mentors: an intergenerational, service-learning program to promote recycling and environmental awareness. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, 17(4), 373–375. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e3182159674>.
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. *Diário da República* n.º 215/2023 – I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. *Diário da República* n.º 150/2022 – I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>.
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República* n.º 157/2018 – I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República* n.º 60/2006 – I Série-A. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Dryden, E. M., Anwar, C., Conti, J., Boudreau, J. H., Kennedy, M. A., Hung, W. W., Nearing, K. A., Pimentel, C. B., & Moo, L. (2024). The development and use of a new visual tool (REVISIT) to support participant recall: Web-based interview study among older adults. *JMIR Formative Research*, 8, e52096. <https://doi.org/10.2196/52096>.

- Duran, S., & Altun, A. (2024). Prolonged grief, reconstruction of meaning, and posttraumatic growth in nursing home residents who have lost loved ones. *Geriatrics & gerontology international*, 24(4), 364–370. <https://doi.org/10.1111/ggi.14843>.
- Ferreira, A. R., Dias, C. C., Fernandes, L., Martins, S., & Sousa, L. (2016). Needs in nursing homes and their relation with cognitive and functional decline, behavioral and psychological symptoms. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 72. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00072>.
- Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sério, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2021). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in institutionalized older Portuguese adults. *Aging & mental health*, 25(3), 492–498. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739>.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fonseca, C., Morgado, B., Alves, E., Ramos, A., Silva, M. R., Pinho, L., João, A., & Lopes, M. (2024). The Functional Profile, Depressive Symptomatology, and Quality of Life of Older People in the Central Alentejo Region: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12(22), 2303. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222303>.
- Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 49(5), 748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>.
- Gil, I., Costa, P., Parola, V., Cardoso, D., Almeida, M., & Apóstolo, J. (2019). Efficacy of reminiscence in cognition, depressive symptoms and quality of life in institutionalized elderly: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 53, e03458. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018007403458>.
- Gualano, M. R., Voglino, G., Bert, F., Thomas, R., Camussi, E., & Siliquini, R. (2018). The impact of intergenerational programs on children and older adults: a review. *International Psychogeriatrics*, 30(4), 451–468. <https://doi.org/10.1017/S104161021700182X>.
- Guimarães, L. D. A., Brito, T. A., Pithon, K. R., Jesus, C. S. D., Souto, C. S., Souza, S. J. N., & Santos, T. S. D. (2019). Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents. *Ciência & saúde coletiva*, 24, 3275–3282. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.30942017>.
- Hernández-Galiot, A., & Goñi, I. (2017). Adherence to the Mediterranean diet pattern, cognitive status and depressive symptoms in an elderly non-institutionalized population. *Nutricion hospitalaria*, 34(2), 338–344. <https://doi.org/10.20960/nh.360>.

- Hernández-López, M. J., Hernández-Méndez, S., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A. J., Díaz-García, I., López-Pérez, M. V., García-González, J., & Ruzafa-Martínez, M. (2024). Prevalence of Unwanted Loneliness and Associated Factors in People over 65 Years of Age in a Health Area of the Region of Murcia, Spain: HELPeN Project. *Journal of clinical medicine, 13*(18), 5604. <https://doi.org/10.3390/jcm13185604>.
- Hoover, D. R., Siegel, M., Lucas, J., Kalay, E., Gaboda, D., Devanand, D. P., & Crystal, S. (2010). Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *International psychogeriatrics, 22*(7), 1161–1171. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000578>.
- Horta, W. A. (1974). Enfermagem – teoria, conceitos, princípios e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 8*(1), 7–35.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de enfermagem*. EPU; EDUSP.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging, 26*(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do Planejamento da Saúde* (3<sup>a</sup> ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde [IGAS]. (2023). *Referencial de boas práticas na prestação de cuidados de saúde nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI)*. [https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI Referencial de Boas Praticas VFinal.pdf](https://www.igas.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/ERPI%20Referencial%20de%20Boas%20Praticas%20VFinal.pdf)
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *Global burden of disease results tool*. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas*. INE. <https://www.ine.pt>.
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses.
- Jaccoud, L. (2024). *Idosos em situação de isolamento social: Uma abordagem macrossetorial* (Texto para Discussão N.º 3020). IPEA. <https://doi.org/10.38116/td3020-port>.
- Jerez-Roig, J., de Oliveira, N. P., de Lima Filho, B. F., de Farias Bezerra, M. A., Matias, M. G., Ferreira, L. M., Dos Santos Amaral, F. L., Souza, D. L., & Lima, K. C. (2016). Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly. *Experimental aging research, 42*(5), 479–491. <https://doi.org/10.1080/0361073X.2016.1224673>.
- Lee, Y. J., Kim, S. J., Yoon, J., & Lee, J. H. (2025). Music therapy for patients with depression: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJPsych Open, 11*(5), e201. <https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10822>.

- Li, X., Wang, P., Jiang, Y., Yang, Y., Wang, F., Yan, F., Li, M., Peng, W., & Wang, Y. (2024). Physical activity and health-related quality of life in older adults: depression as a mediator. *BMC geriatrics*, 24(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04452-6>.
- Lin, J., Zhao, R., Li, H., Lei, Y., & Cuijpers, P. (2024). Looking back on life: An updated meta-analysis of the effect of life review therapy and reminiscence on late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 347, 163–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.050>.
- Lopes, C. (2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA* (2020, 7.ª ed.). Edições ISPA.
- Lu, S., Liu, J., Xu, M., & Xu, F. (2023). Horticultural therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14, 1086121. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1086121>.
- Lu, Z., Wang, W., Yan, W., Kew, C. L., Seo, J. H., & Ory, M. (2023). *The application of fully immersive virtual reality on reminiscence interventions for older adults: Scoping review*. *JMIR Serious Games*, 11, e45539. <https://doi.org/10.2196/45539>
- Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlief, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(11), 2161–2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>.
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7.ª ed.). Pêro Pinheiro. ISBN 978-989-96763-5-0.
- Masi, C. M., Chen, H.-Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/108886831037739>.
- Matos, A. P., Firmino, H., Duarte, J., Oliveira, S., Rodrigues, P., Vilar, M., & Costa, J. J. (2019). A *Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): Estudo com idosos saudáveis e com idosos com perturbações emocionais*. In *Diagnóstico e Avaliação Psicológica: Atas do 10.º Congresso da AIDAP/AIDEP* (pp. 210–232). Associação Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6.ª ed.). Wolters Kluwer
- Melo, P. (2022). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (2.ª ed.). Lidel.
- Néné, M., & Sequeira, C. (Coords.). (2022). *Investigação em Enfermagem, Teoria e Prática*. Lidel.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Tomada de Posição no 01/2023. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem comunitária*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023\\_mceec\\_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posit-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf)
- Parola, V., Coelho, A., Neves, H., & Almeida, M. (2019). Effects of a cognitive stimulation program on institutionalized older people. *Revista de Enfermagem Referência, IV(20)*, 47–56. <https://doi.org/10.12707/RIV18043>.
- Patrício, M., Loureiro, M., & Caramelo, F. (2017). *Bioestatística com SPSS. Abordagem prática*. Plátano editora.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7ª ed.). Pearson Education.
- Pocinho, M., Farate, C., & Amaral Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações, (18)*, 65-77.
- PORDATA. (2022). *Esperança de vida à nascença em Portugal*. PORDATA. <https://www.pordata.pt>
- Puurveen, G., Baumbusch, J., & Gandhi, P. (2018). From family involvement to family inclusion in nursing home settings: A critical interpretive synthesis. *Journal of family nursing, 24(1)*, 60-85. <https://doi.org/10.1177/1074840718754314>.
- Quinn, E. A., Millard, E., & Jones, J. M. (2025). Group arts interventions for depression and anxiety among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Nature. Mental health, 3(3)*, 374–386. <https://doi.org/10.1038/s44220-024-00368-1>.
- Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). *Diário Da República n.º 26, Série II de 2019-02-06*.
- Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2015). *Diário da República, n.º 118, Série II de 2015-06-19*.
- Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (2018). *Diário Da República, n.º 135, Série II de 2018-07-16*.
- República Portuguesa. (2023). *Plano de Ação do Envelhecimento Ativo e Saudável 2023–2026* (Versão 1). Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; Ministério da

- Saúde. [https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023\\_2026\\_v1.pdf](https://envelhecimentoativo.pt/wp-content/uploads/Plano-Acao-Envelhecimento-Ativo-e-Saudavel-2023_2026_v1.pdf).
- Rodrigues, C., Carreira, S., Novais, R., Braga, F., Martins, S., & Araújo, O. (2025). The Mental Health of Older People Living in Nursing Homes in Northern Portugal: A Cross-Sectional Study Protocol. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 15(1), 24. <https://doi.org/10.3390/nursrep15010024>.
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional. *Motricidade*, 15(4), 36–40. <https://doi.org/10.6063/motricidade.20137>.
- Russel, D., Replau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294.
- Sax, Å., Nord, M., Cedersund, E., Olaison, A., Sverker, A., & Kastbom, L. (2023). Trustful conversations: a qualitative interview study on older patients' experiences of the intervention *Proactive healthcare* in a Swedish primary care setting. *Primary health care research & development*, 24, e53. <https://doi.org/10.1017/S1463423623000427>.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image--the journal of nursing scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>.
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>.
- Shekelle, P. G., Mlake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., Booth, M. S., Myers, B., Lowery, N., & Shrank, W. H. (2024). Interventions to Reduce Loneliness in Community-Living Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of general internal medicine*, 39(6), 1015–1028. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5>.
- Silva, C., Ferreira, R., Morgado, B., Alves, E., & Fonseca, C. (2024). Depression, loneliness and quality of life in institutionalised and non-institutionalised older adults in Portugal: A cross-sectional study. *Nursing Reports*, 14(3), 2340–2354. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030174>.
- Siverová, J., & Bužgová, R. (2018). The effect of reminiscence therapy on quality of life, attitudes to ageing, and depressive symptoms in institutionalized elderly adults with cognitive impairment: A quasi-experimental study. *International journal of mental health nursing*, 27(5), 1430–1439. <https://doi.org/10.1111/inm.12442>.
- SNS 24. (2025). Saúde mental. Depressão. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/depressao>.

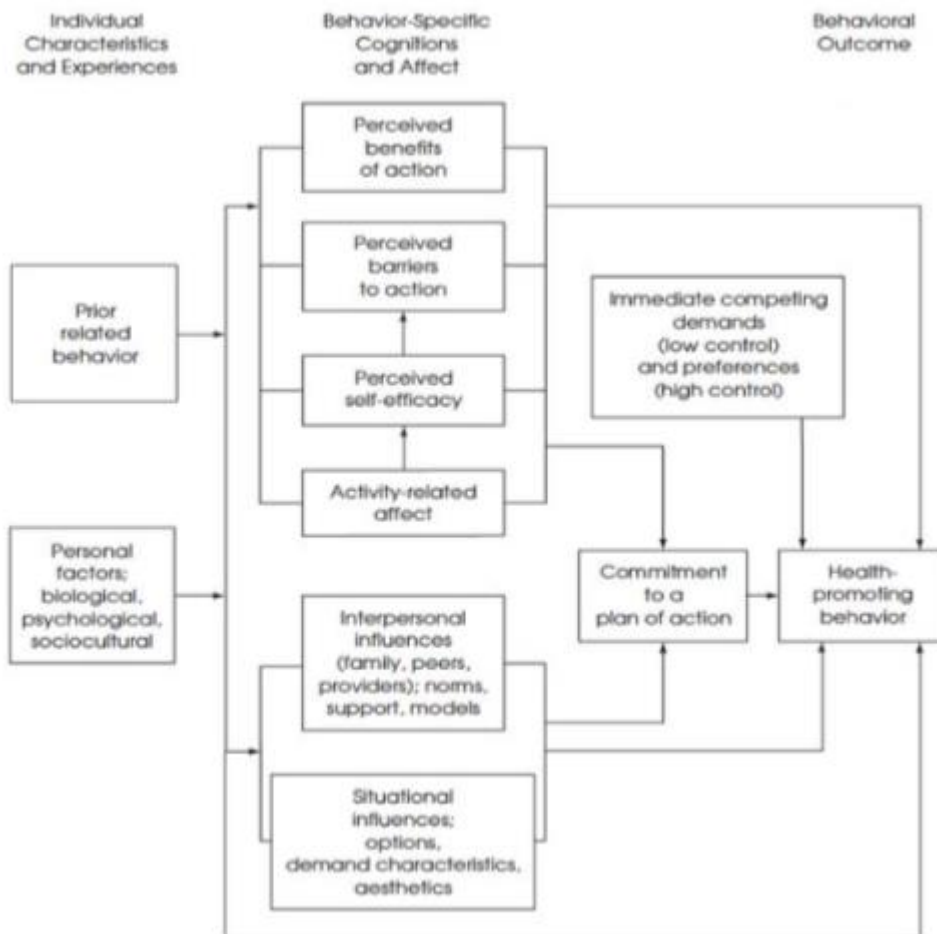
- Soga, M., Gaston, K. J., & Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive medicine reports*, 5, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.007>.
- Solmi, M., Veronese, N., Galvano, D., Favaro, A., Ostinelli, E. G., Noventa, V., ... & Trabucchi, M. (2020). Factors associated with loneliness: an umbrella review of observational studies. *Journal of affective disorders*, 271, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>.
- Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the Portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, 4, 196. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00196>
- Tan, J. D., Maneze, D., Montayre, J., Ramjan, L. M., Wang, D., & Salamonson, Y. (2023). Family visits and depression among residential aged care residents: An integrative review. *International journal of nursing studies*, 146, 104568. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104568>.
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety*, 23(4), 290-298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002703>.
- Tomić-Obrdaj, I., Muskic, E., te Velde, E., et al. (2023). The use of herbs and spices in sodium-reduced meals enhances saltiness and is highly accepted by elderly nursing-home residents. *Food Quality and Preference*, 109, 104047. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2022.104789>.
- Vahabi, S., Lak, A., & Panahi, N. (2023). Driving the determinants of older people's mental health in the context of urban resilience: a scoping review. *BMC geriatrics*, 23(1), 711. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04387-y>.
- VanDevanter, N., Naegle, M., Nazia, N., Bamodu, A., & Sullivan Marx, E. (2023). Healthy aging and care of the older adult with chronic disease: a qualitative needs assessment in 14 eastern and southern Caribbean islands. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 47, e40. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.40>.
- Vedder, A., Stroebe, M. S., Stokes, J. E., Schut, H. A., Schut, B., Boerner, K., & Boelen, P. A. (2024). Exploring loneliness across widowhood and other marital statuses: A systematic review integrating insights from grief research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(12), 3741-3769. <https://doi.org/10.1177/02654075241277229>.
- Verga, C. E. R., Santos, G. D., Ordonez, T. N., Moreira, A. P. B., Costa, L. A., Moraes, L. C. D., ... & Silva, T. B. L. D. (2024). Funções executivas, saúde mental e qualidade de vida de

- peçoas idosas saudáveis. *Dementia & Neuropsychologia*, 18, e20240156. <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2024-0156>.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2.<sup>a</sup> ed., Revista e Aumentada). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-901-5.
- Wang, Q., Huang, X., Liu, M., Wang, C., Sun, Z., Huang, C., & Tang, S. (2024). Prevalence and risk factors of depression among elderly people in nursing homes from 2012 to 2022: a systematic review and meta-analysis. *Aging & mental health*, 28(12), 1569–1580. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2367044>.
- Wang, R., Helbich, M., Yao, Y., Zhang, J., Liu, P., Yuan, Y., & Liu, Y. (2019). Urban greenery and mental wellbeing in adults: Cross-sectional mediation analyses on multiple pathways across different greenery measures. *Environmental Research*, 176, Article 108535. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108535>.
- Wang, S., Lin, J., Kuang, L., Yang, X., Yu, B., & Cui, Y. (2024). Risk factors for social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 41(2), 200–208. <https://doi.org/10.1111/phn.13266>.
- Webster, M., Norwood, K., Waterworth, J., & Leavey, G. (2024). Effectiveness of intergenerational exchange programs between adolescents and older adults: A systematic review. *Journal of Intergenerational Relationships*, 22(4), 603–644. <https://doi.org/10.1080/15350770.2023.2267532>
- Whear, R., Campbell, F., Rogers, M., Sutton, A., Robinson-Carter, E., Sharpe, R., ... & Thompson-Coon, J. (2023). What is the effect of intergenerational activities on the wellbeing and mental health of older people?: A systematic review. *Campbell systematic reviews*, 19(4), e1355. <https://doi.org/10.1002/cl2.1355>.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>.
- World Health Organization. (2021a). *Ageing and health*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
- World Health Organization. (2021b). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
- World Health Organization. (2021c). *Decade of Healthy Ageing (2021-2030)*. WHO. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.

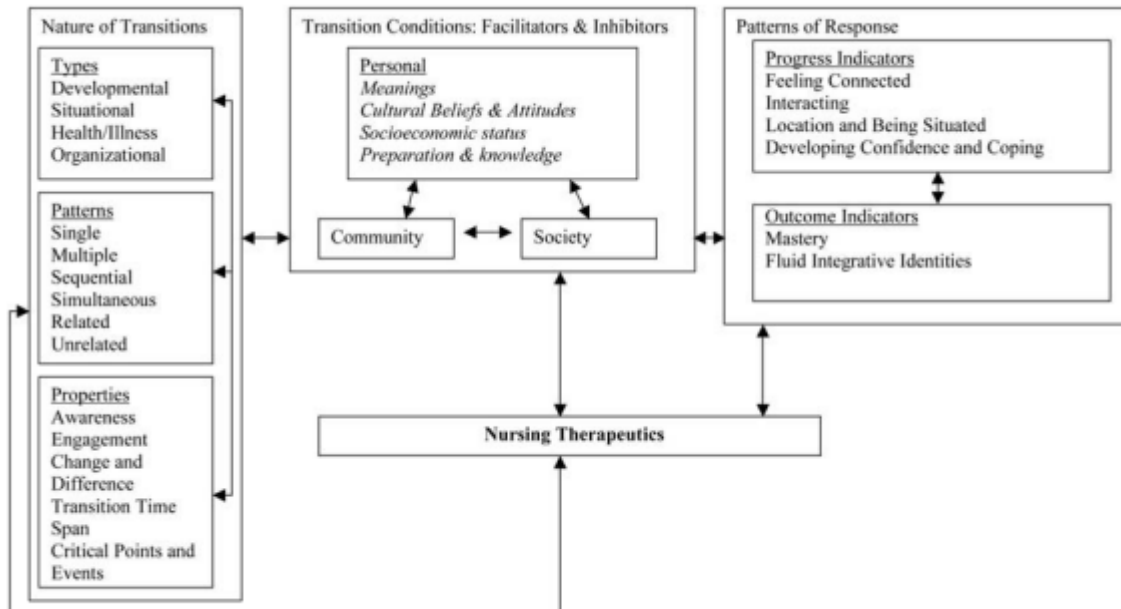
- World Health Organization. (2024). *Mental health*. WHO. <https://www.who.int/health-topics/mental-health>.
- Xavier, M., Barreto, H., Cruz, MC., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M. J. L., Pires, A. M., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., & Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: 3 anos de transformação*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>.
- Yuan, Y., Lapane, K. L., Baek, J., Jesdale, B. M., & Ulbricht, C. M. (2019). Nursing Home Star Ratings and New Onset of Depression in Long-Stay Nursing Home Residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(10), 1335–1339.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.05.004>.
- Zeng, J., & Wang, H. (2025). The impact of high-intensity exercise on patients with depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Public Health*, 13, 1616925. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1616925>.
- Zheng, L., Wang, C., Qiu, Y., Li, X., Zhang, X., Zhang, M., ... & Chen, L. (2022). Effectiveness of interventions in older adults with cognitive frailty: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 51(12), afac286. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac286>.

## **ANEXOS E APÊNDICE**

**ANEXO I – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**



## ANEXO II – Diagrama do Modelo das Transições de Afaf Meleis



### ANEXO III – Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15)

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

**ANEXO IV – Escala de Solidão da *University of California*, Los Angeles (UCLA) de 16 itens (UCLA-16)**

	<b>Frequentemente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
<b>1</b> – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
<b>2</b> – Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
<b>3</b> – Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
<b>4</b> – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
<b>5</b> – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
<b>6</b> – Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
<b>7</b> – Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
<b>8</b> – Sente-se abandonado	4	3	2	1
<b>9</b> – Sente-se completamente só	4	3	2	1
<b>10</b> – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
<b>11</b> – As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
<b>12</b> – Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
<b>13</b> – Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
<b>14</b> – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
<b>15</b> – É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
<b>16</b> – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1

## ANEXO V – Parecer da Comissão de Ética da ESSATLA



### PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

#### PCE24\_2024

**Assunto:** Emissão de Parecer para Aplicação de Instrumentos para desenvolvimento de Projeto Académico, no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, para a utilização da Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15) e a Escala de Solidão da UCLA (UCLA-16) traduzida e adaptada culturalmente para português, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações. Considerado que se encontra ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 07 de novembro de 2024

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**  
Num. de identificação: 08540466  
Data: 2024.11.07 16:20:54+00'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

## ANEXO VI – Autorização da Direção Técnica da ERPI para Implementar o Projeto

### CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Título do Projeto: Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

Autora Principal: Catarina Rocha Lages

Email: 2023017@uatla.pt

Instituição de Ensino: Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA)

Curso: Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Período de Realização do Projeto: Maio a Dezembro de 2024

Local de Realização do Projeto: ERPI [REDACTED]

#### Introdução

O presente documento tem como objetivo formalizar o consentimento do ERPI [REDACTED] para a realização do estudo académico intitulado "Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas", desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública da ESSATLA.

#### Objetivo Geral do Projeto

- Avaliar a prevalência de estados de sentimentos de depressão e solidão em contexto de ERPI.

#### Objetivos Específicos do Projeto

1. Identificar as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados na ERPI;
2. Avaliar o estado de sentimentos de depressão nos idosos institucionalizados na ERPI;
3. Avaliar o estado de sentimentos de solidão nos idosos institucionalizados na ERPI;
4. Analisar a relação entre os estados de sentimentos de depressão e solidão e as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados na ERPI;
5. Promover medidas preventivas para fatores desencadeadores de sentimentos de depressão e solidão em idosos institucionalizados na ERPI.

#### Metodologia

A metodologia a ser utilizada é a Metodologia de Planeamento em Saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1982), organizada em seis fases sequenciais. Para a recolha de dados, serão aplicados:

- Um questionário sociodemográfico para recolha de variáveis sociodemográficas dos participantes;
- A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), para avaliação da presença de sintomatologia depressiva;
- A Escala de Solidão da UCLA (UCLA-16), para avaliação do estado de sentimentos de solidão.

#### Direitos e Confidencialidade

Os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima. Os participantes serão informados sobre os objetivos do projeto, e a sua participação será voluntária, mediante consentimento informado. Será assegurado que nenhum dado pessoal será divulgado sem a devida autorização.

#### Garantias Éticas

Este projeto seguirá as diretrizes éticas estabelecidas nas Declarações de Helsínquia, da OMS, da Comunidade Europeia e da Lei N.º 21/2014, de 16 de abril, no que se refere à pesquisa com seres humanos.

#### Colaboração da Instituição

A ERPI [REDACTED] em colaborar em:

- Facilitar o acesso aos idosos institucionalizados para a realização das avaliações e intervenções previstas no projeto;
- Proporcionar um ambiente adequado para a execução das atividades planeadas;
- Colaborar com a autora principal no cumprimento dos objetivos do projeto.

#### Declaração de Consentimento

Eu, abaixo assinado(a), em representação do ERPI [REDACTED], declaro que estou ciente dos objetivos e metodologias do projeto "Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas" e autorizo a sua realização nas instalações desta instituição.

Nome do Representante: [REDACTED]

Cargo: *Presidente*

Data: *20/11/2024*

Assinatura: [REDACTED]

#### Autora Principal:

Eu, Catarina Rocha Lages, comprometo-me a respeitar todas as normas éticas e de confidencialidade durante a realização deste projeto.

Nome: Catarina Rocha Lages

Email: 2023017@uatla.pt

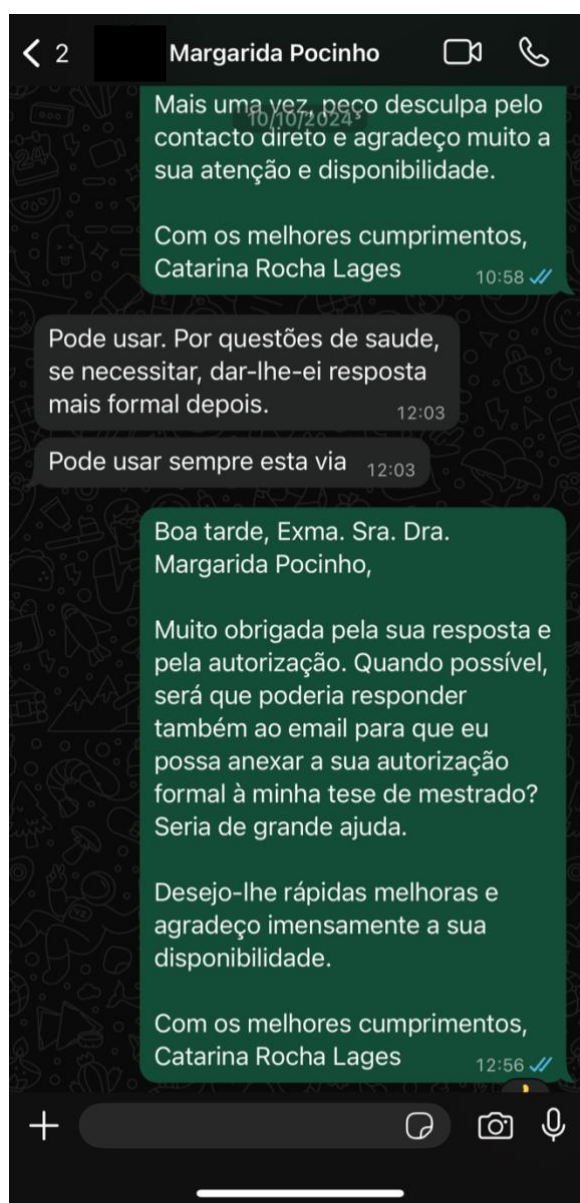
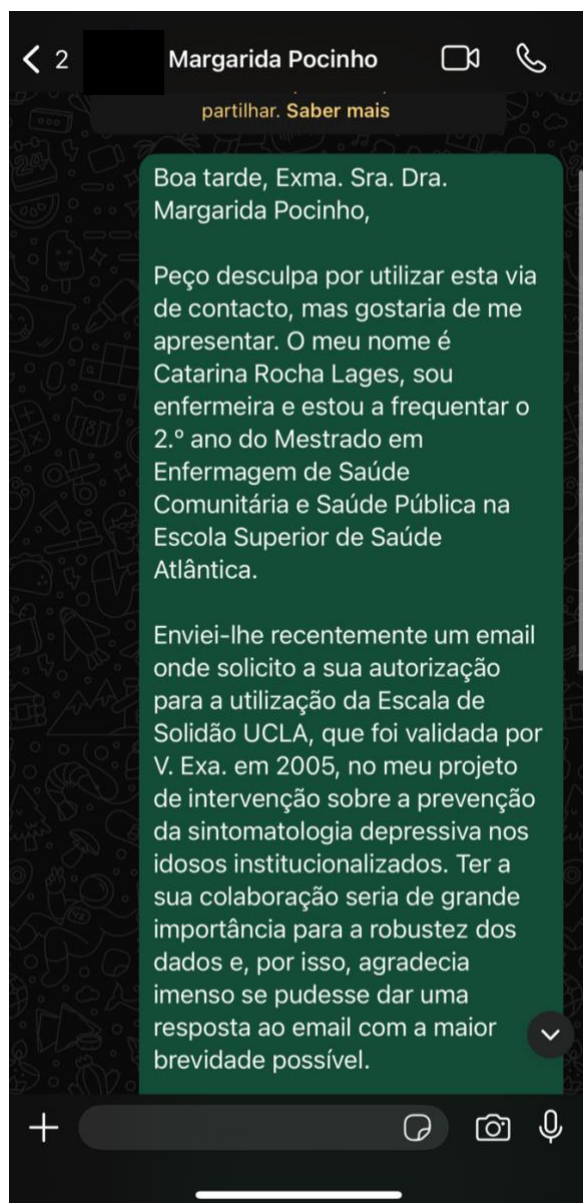
Data: *20/11/2024*

Assinatura: *Catarina Rocha Lages*

Para qualquer dúvida ou informação adicional, por favor, entre em contacto através do email 2023017@uatla.pt ou pelo telefone 968142255.

Agradecemos desde já a colaboração e apoio da [REDACTED] na realização deste projeto de intervenção comunitária.

## ANEXO VII – Autorização por Mensagem da Autora da Escala UCLA-16



## ANEXO VIII – Certificados de Apresentações Científicas durante o Mestrado



APEEEC - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Comunitária

### CERTIFICADO

Certifica-se que Catarina Rocha Lages participou no **I Seminário Internacional de Enfermagem Comunitária**, realizado dia 6 de junho de 2024, com a duração de 4 horas, organizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária.

Lisboa, 15 de junho de 2024

A Comissão Organizadora

*Milena Isabel Lopez Pineda*



### CERTIFICADO

Certifica-se que **Catarina Lajes** apresentou a Comunicação Oral intitulada: **Hesitação vacinal: o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública**, da autoria de Catarina Laje, Luís Sousa, Maria Nunes, Sara Pereira e Susana Valido, nas III Jornadas Internacionais de Enfermagem da ESSATLA, subordinadas ao tema "Comunicação e Enfermagem: Relação para a Transformação", realizadas a 29 de Maio de 2024 na Escola Superior de Saúde Atlântica.

*Helena José*  
Helena José  
P<sup>1</sup>a Comissão Científica

*Helga Oliveira*  
Helga Oliveira  
P<sup>1</sup>a Comissão Organizadora

## APÊNDICE I – Cronograma de Atividades

Maio		Junho				Julho			
20 a 24	27 a 31	3 a 7	10 a 14	17 a 21	24 a 28	1 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26

### Legenda:

	<b>Integração na Equipe:</b> Integrar-me na equipa, compreender o método de trabalho, familiarizar-me com os projetos existentes, compreender o contexto de atuação.
	<b>Acompanhamento da Enfermeira Orientadora:</b> Participar em reuniões de equipa e de coordenação e envolver-me nos projetos existentes sob a supervisão da Enfermeira Orientadora.
	<b>Desenvolvimento do Projeto de Estágio:</b> Identificar as necessidades de saúde da população, realizar uma revisão da literatura, definir a temática do projeto a desenvolver, estabelecer os objetivos gerais e específicos do projeto, e definir critérios de inclusão e exclusão.
	<b>Solicitação de Consentimentos:</b> Elaborar um questionário sociodemográfico, obter consentimento dos autores da escala a utilizar como instrumento de colheita de dados, após a seleção da mesma, solicitar aprovação da Direção de Enfermagem da [REDACTED] da ERPI e da pré-escola e da Comissão de Ética da ESSATLA, para iniciar o projeto. Elaborar os consentimentos informados dos para os participantes.
	<b>Reunião com a Direção da ERPI e da Pré-Escola:</b> Organizar e participar nas reuniões com a Direção da ERPI e com a Direção da Pré-Escola, aplicar os critérios de inclusão e exclusão e os consentimentos informados aos participantes.
	<b>Aplicação do Questionário Sociodemográfico e da Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15):</b> Aplicar o Questionário Sociodemográfico e a Escala de Depressão em Geriatria para avaliar a sintomatologia de depressiva em idosos.
	<b>Tratamento de Dados e Análise dos Resultados Obtidos:</b> Realizar a análise estatística dos dados, analisar detalhadamente os resultados obtidos e discutir os mesmos com a equipa multidisciplinar e parceiros.
	<b>Elaboração do Projeto de Estágio (Versão Final):</b> Constituído por Introdução, Enquadramento Conceptual, Análise do Contexto, Metodologia, Diagnóstico de Situação e Considerações Finais

		Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
		12-15	16-22	23-29	30-6/10	7-13	14-20	21-27	28-3/11	4-10	11-17	18-24	25-01/12	2-8	9-15	16-22	23-29	30-05/01	6-12	13-19	20-26	27-02/02	3-9	10-16	17-23	24-01/03
Atividades	Integração no Contexto de Estágio																									
	Diagnóstico da Situação (Perfil de saúde da população, Colheita de dados)																									
	Priorização das Necessidades (Técnicas)																									
	Reformulação de Objetivos																									
	Seleção de estratégias																									
	Elaboração do Projeto de Intervenção (Objetivos, metas e construção de indicadores de saúde e epidemiológicos)																									
	Execução do projeto de Intervenção Comunitária																									



## APÊNDICE II – Orçamento do Projeto

Recursos	Número	Preço / Encargo
<b>Humanos</b>		
Enfermeira responsável pelo projeto (investigadora)	1	Ao encargo da mesma (sem remuneração adicional)
Docente Orientadora de EC	2	Ao encargo da ESSATLA
Enfermeira Orientadora EC	2	Ao encargo do SNS
Enfermeira(s) da ERPI envolvidas no projeto	2	Ao encargo da ERPI
Elementos da direção técnica e equipa da ERPI / parceiros institucionais	10	Ao encargo das respetivas instituições
<b>Físicos</b>		
Salas de atividades da ERPI	2	Ao encargo da ERPI
Sala de reuniões / espaço polivalente	1	Ao encargo da ERPI
Cozinha / refeitório (sessão de culinária)	1	Ao encargo da ERPI
<b>Materiais – despesas suportadas pela investigadora</b>		
Máquina fotográfica analógica	1	Existente (equipamento próprio)
Coluna portátil (suporte sonoro)	1	Existente (equipamento próprio)
Software SPSS (licença institucional da ESSATLA)	1	Ao encargo da ESSATLA (sem custo acrescido para a investigadora)
Álbum fotográfico para o <i>book</i> entregue à ERPI (inclui canetas com purpurinas)	1	16,25 €
Livro <i>Montessori</i> (apoio à conceção das atividades)	1	19,30 €
Recargas/rolos para máquina fotográfica analógica	2	35,58 €
Plantas aromáticas	1 caixa (6 plantas diferentes)	2,29 €
Espátulas de madeira (100 unidades)	1 embalagem	2,29 €
Purpurina em pó (vermelho, verde, dourado, estrelinhas x2)	5 unidades	6,50€
Cola branca	1 frasco	1,70 €
Combustível para deslocações em viatura própria	133,8 km	15,43 € (estimativa)
Impressão de questionários (GDS-15, UCLA-16, questionários sociodemográficos), consentimentos informados e grelhas de registo	1 conjunto	≈ 10,00 € (estimativa)
<b>Materiais / Equipamento – contributos em espécie da ERPI e de outras instituições</b>		
Vasos para plantas aromáticas	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Terra/substrato para plantas aromáticas	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Regador	1	Ao encargo da ERPI
Materiais de exercício físico (bolas, barras, etc.)	1 conjunto	Ao encargo da ERPI

Pequenos instrumentos musicais (maracas, pandeiretas, triângulo, castanholas, etc.)	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Copos (para purpurinas/colas)	1 conjunto (≈ 6 unidades)	Ao encargo da ERPI
Pincéis	1 conjunto (12 unidades)	Ao encargo da ERPI
Pão fatiado, leite, ovos, limão, canela, agave/mel	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Utensílios de cozinha (taças, colheres, forno, etc.)	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Materiais de higiene e proteção (papel de cozinha/guardanapos, luvas descartáveis, solução antisséptica/álcool-gel)	1 conjunto	Ao encargo da ERPI
Painel <i>Montessori</i> em madeira	1	Emprestado por outra instituição (sem custos)
<b>Subtotal materiais com valor conhecido suportados pela investigadora</b>		<b>109,34 €</b>
<b>Total dos gastos suportados pela investigadora</b>		<b>≈ 109,34 €</b>

## APÊNDICE III – Questionário de Caracterização Sócio-Demográfico

### Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica

Este questionário é parte integrante de um estudo académico desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, com enfoque na Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. O projeto intitulado “Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas”.

A sua participação é voluntária e todos os dados recolhidos serão mantidos anónimos e confidenciais. Agradecendo a sua colaboração!

#### Instruções:

Por favor, responda a todas as perguntas e as suas respostas serão confidenciais e utilizadas apenas para fins de um estudo académico.

Nas questões seguintes, assinale com um (X), de acordo com a sua situação:

#### Caracterização Sociodemográfica

1. Idade:

- 65-69 anos
- 70-74 anos
- 75-79 anos
- 80-84 anos
- 85-89 anos
- 90 anos ou mais

2. Sexo:

- Masculino
- Feminino
- Outro:

3. Estado Civil:

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

4. Naturalidade:

- Rural
- Urbana

5. Nível de Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino básico (1.º ciclo)
- Ensino básico (2.º ciclo)
- Ensino básico (3.º ciclo)
- Ensino secundário
- Ensino superior (Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

6. Tempo de Residência na ERPI:

- Menos de 1 ano
- 1-2 anos
- 3-5 anos
- Mais de 5 anos

7. Tem filhos?

- Sim
- Não

8. Visitas Familiares:

- Frequentemente (várias vezes por semana)
- Ocasionalmente (várias vezes por mês)
- Raramente (menos de uma vez por mês)
- Nunca

9. Participa em atividades organizadas pela ERPI?

- Frequentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

10. Relação com outros residentes:

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má

Agradecemos a sua participação!

## APÊNDICE IV – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para os Participantes

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** “Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas”.

**Enquadramento:** Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde Atlântica, pela Catarina Rocha Lages, sob orientação da Professora Doutora Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho.

**Explicação do estudo:** Este trabalho implica a aplicação de três questionários que estuda o a depressão, a solidão e caracterização sociodemográfica dos idosos. Tem como objetivo identificar as variáveis da depressão e solidão mais valorizadas pelos idosos e relacionados com as características sociodemográficas.

Os questionários serão realizados presencialmente pela investigadora.

**Condições:** A participação neste estudo é voluntária, pelo que pode retirar-se em qualquer momento, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

**Confidencialidade e anonimato:** Será garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente estudo. Todos os contactos serão feitos em ambiente de privacidade. No final do estudo serão destruídos os questionários obtidos.

Grata pela sua colaboração,

Catarina Rocha Lages

e-mail: [2023017@uatla.pt](mailto:2023017@uatla.pt)

**Assinatura:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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

Nome: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## APÊNDICE V – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, para os Representantes Legais

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** “Depressão e Solidão no Idoso Institucionalizado numa Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas”.

**Enquadramento:** Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde Atlântica, pela Enf.<sup>a</sup> Catarina Rocha Lages, sob orientação da Professora Doutora Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho.

**Explicação da Atividade:** Este estudo incluirá a realização de atividades intergeracionais que visam promover o bem-estar e a interação social entre crianças e idosos institucionalizados. As atividades propostas consistem em dinâmicas que estimulam o diálogo, o convívio e a partilha de experiências, contribuindo para o desenvolvimento de vínculos afetivos entre as diferentes gerações.

Todas as atividades serão realizadas presencialmente e sempre supervisionadas pela investigadora e pela equipa multidisciplinar, garantindo o bem-estar de todos os participantes.

**Condições:** A participação nesta atividade é voluntária, pelo que pode retirar a criança em qualquer momento, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para a mesma.

**Confidencialidade e anonimato:** Será garantido o anonimato, a confidencialidade e uso exclusivo dos dados para o presente projeto comunitário.

Grata pela sua colaboração,

Catarina Rocha Lages

e-mail: [2023017@uatla.pt](mailto:2023017@uatla.pt)

**Assinatura:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participação da criança nesta atividade, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito que a criança participe nesta atividade e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome da criança: .....

Nome do Responsável Legal da Criança: .....

Assinatura: .....

Data: ..... / ..... / .....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A  
INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA O RESPONSÁVEL LEGAL DA CRIANÇA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdir/2001/01/002A00/00140036.pdf>

## APÊNDICE VI – Plano de Sessão 1 – Estimulação Cognitiva com Painéis de *Montessori*



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
<b>TEMA:</b>	Estimulação Cognitiva com Painéis de Montessori	<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal Co Formadores: Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos Institucionalizados no [REDACTED]	<b>DURAÇÃO:</b>	60 min
<b>LOCAL:</b>	Sala de Convívio do [REDACTED]	<b>DATA:</b>	03/12/2024
<b>SESSÃO Nº:</b>	1	<b>HORA:</b>	10h-11h

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Promover o estímulo da cognição e dos sentidos dos idosos por meio de atividades terapêuticas de estimulação cognitiva e sensorial.					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular funções cognitivas (atenção, memória, sequenciação) e sensoriais dos idosos através da utilização de painéis de Montessori.</li> <li>Incentivar os idosos a colaborar com as crianças como tutores, reforçando competências de motricidade fina nas crianças.</li> <li>Promover momentos de concentração, relaxamento e partilha entre gerações, associados a afetos positivos e sentimento de bem-estar.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da sessão e dos materiais. Enquadramento do objetivo da atividade e do papel de cada participante.	Expositivo-dialogado; acolhimento	Acolhimento dos participantes. Apresentação dos facilitadores. Explicação do objetivo da sessão, salientando que os idosos irão	Painéis de Montessori; cadeiras; disposição em pares idoso-criança.	10 min	<b>Indicador de processo:</b> ≥80% dos idosos mantêm contacto visual, fazem perguntas ou comentários e aceitam participar na atividade (registo de participação/interesse).
			trabalhar em par com uma criança utilizando os painéis de Montessori.			
<b>Desenvolvimento</b>	Exploração dos painéis de Montessori: tarefas de motricidade fina, sequenciação, associação forma-cor, abrir/fechar, abotoar, enfiar, etc. Estimulação cognitiva e sensorial em pares intergeracionais.	Atividade prática guiada; trabalho em pares	Cada par idoso-criança utiliza um painel. As crianças solicitam ajuda aos idosos nas tarefas mais complexas; os idosos orientam, demonstram e reforçam as tentativas das crianças. A equipa circula pela sala garantindo apoio, adaptação das tarefas às capacidades dos idosos e incentivo à interação verbal e gestual.	Painéis de Montessori (1 por par ou em rotação); cadeiras/mesas; relógio para gestão do tempo.	40 min	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) ≥80% dos pares idoso-criança realizam pelo menos uma sequência completa de tarefas no painel; (2) ≥80% dos idosos participam ativamente (executam, orientam ou observam de forma envolvida) – registo de observação estruturada.
<b>Conclusão</b>	Partilha de perceções sobre a atividade e reforço do significado da colaboração intergeracional.	Discussão em grande grupo; <i>feedback</i>	Em círculo, idosos e crianças são convidados a partilhar o que mais gostaram, o que foi mais fácil/difícil e como se sentiram durante a	Espaço organizado em círculo; cadeiras.	10 min	<b>Indicador de resultado:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram satisfação (sorrisos, comentários positivos, desejo de repetir) na reflexão final – registo de frases-chave e
			atividade. Encerramento com agradecimento e reforço positivo do contributo de cada par.			observação de comportamentos.

## APÊNDICE VII – Plano de Sessão 2 – Oficina de Decorações de Natal



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
<b>TEMA:</b>	Oficina de Decorações de Natal	<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal <b>Co Formadores:</b> Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos Institucionalizados no [REDACTED]	<b>DURAÇÃO:</b>	60 min
<b>LOCAL:</b>	Sala de Convívio do [REDACTED]	<b>DATA:</b>	05/12/2024
<b>SESSÃO Nº:</b>	2	<b>HORA:</b>	10h-11h

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de uma oficina intergeracional de decorações de Natal, promovendo a criatividade e um ambiente acolhedor nos espaços comuns do [REDACTED]					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a criatividade, a expressão pessoal e a coordenação motora fina dos idosos na confecção de decorações natalícias, em colaboração com as crianças.</li> <li>Promover o convívio e a interação intergeracional, incentivando a partilha de memórias, histórias e significados associados ao Natal.</li> <li>Contribuir para um ambiente físico mais acolhedor e personalizado na ERPI, através da produção e exposição das decorações realizadas pelos pares idoso-criança.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da sessão, objetivos e dinâmica intergeracional. Explicação da atividade e dos materiais.	Expositivo-dialogado; dinâmica participativa	Acolhimento dos participantes. Apresentação breve da oficina. Explicação de que idosos e crianças irão trabalhar em	Exemplos de decorações (ex.: estrela de Natal); espátulas de madeira; cartolina-base; colas;	10 min	<b>Indicador de processo:</b> ≥80% dos idosos demonstram interesse (escolhem materiais, fazem
			pares 1:1 para criar decorações de Natal que vão enfeitar os espaços comuns da ERPI. Formação dos pares e escolha dos materiais.	purpurinas; fitas; mesas e cadeiras.		perguntas, mantêm-se atentos) – registo de observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Criação colaborativa de decorações natalícias em pares intergeracionais.	Atividade prática guiada; trabalho em pares	Cada par idoso-criança produz estrelas de Natal e/ou outros enfeites simples, utilizando espátulas de madeira, colas e purpurinas. Incentiva-se a conversa sobre tradições de Natal enquanto decoram. A equipa apoia na adaptação das tarefas às capacidades dos idosos, garantindo segurança no uso do material.	Espátulas de madeira; cartolinas/papel base; colas; purpurinas; fitas; toalhas de proteção para as mesas; lenços de papel/panos.	40 min	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) Pelo menos 2 decorações concluídas por ≥80% dos pares idoso-criança; (2) ≥80% dos idosos participam ativamente (recortam, colam, decoram ou orientam a criança) – grelha de observação simples.
<b>Conclusão</b>	Exposição das decorações e partilha de impressões sobre a atividade.	Reflexão em grande grupo; feedback oral	Fixação das decorações na árvore de Natal ou em painéis da sala de convívio. Em círculo, idosos e	Árvore de Natal ou painel para exposição; fita cola/cordel; cadeiras dispostas em círculo.	10 min	<b>Indicador de resultado:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram satisfação
			crianças são convidados a partilhar o que mais gostaram e como se sentiram ao trabalhar juntos. Encerramento com agradecimento e reforço do contributo de cada par.			(sorrisos, comentários positivos, desejo de repetir) – registo de frases-chave e comportamentos.

## APÊNDICE VIII – Plano de Sessão 3 – Criação de um Jardim de Ervas Aromáticas



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO						
<b>TEMA:</b>	Criação de um Jardim de Ervas Aromáticas		<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal <b>Co Formadores:</b> Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa		
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos Institucionalizados no [REDACTED]		<b>DURAÇÃO:</b>	90 minutos		
<b>LOCAL:</b>	Área exterior ou sala com espaço adequado no [REDACTED]		<b>DATA:</b>	10/12/2024		
<b>SESSÃO Nº:</b>	3		<b>HORA:</b>	10h-11h30		
<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Capacitar os idosos para a adoção de comportamentos salutogénicos, com vista à promoção da sua autonomia e autoestima, através da criação de um jardim de ervas aromáticas em contexto intergeracional.					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover hábitos de alimentação saudável, incentivando o uso de ervas aromáticas como alternativa ao sal na confeção de alimentos.</li> <li>• Estimular o contacto sensorial (olfato, tato e visão) e o envolvimento ativo dos idosos na escolha, plantação e cuidado das ervas aromáticas, em colaboração com as crianças.</li> <li>• Incentivar o sentimento de utilidade, responsabilidade e continuidade, envolvendo os participantes no compromisso de cuidar do jardim de ervas aromáticas ao longo do tempo.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	Importância das ervas aromáticas para a saúde cardiovascular e para a redução do consumo de sal.	Expositivo-dialogado; demonstração	Acolhimento dos participantes. Apresentação da sessão. Explicação breve, em	Vasos com ervas aromáticas; folhetos ou imagens simples com benefícios; mesa para	15 min	<b>Indicador de processo:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram (por gestos/expressões) reconhecer pelo menos
			linguagem simples, sobre os benefícios de utilizar ervas aromáticas (ex.: salsa, hortelã, alecrim, coentros) como alternativa ao sal. Passagem dos vasos/plantas para os idosos cheirarem e observarem.	exposição das plantas.		um benefício das ervas aromáticas em relação ao sal – registo de observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Plantação conjunta do jardim de ervas aromáticas em pares intergeracionais e exploração	Atividade prática guiada; trabalho em pares	Organização de pares idoso-criança (1:1). Cada par escolhe uma ou mais ervas, enche o vaso com terra, planta e rega. Estimula-se o toque na terra, o cheiro das ervas e a conversa sobre como as usar na alimentação. A equipa apoia na execução, adapta tarefas às capacidades dos	Vasos; terra; mudas de ervas (salsa, hortelã, alecrim, etc.); luvas, se necessário; pequenas ferramentas; regadores; toalhas ou plástico para proteção das mesas/piso; etiquetas/cartões para identificação.	60 min	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) ≥80% dos idosos participam ativamente (mexem na terra, escolhem plantas, regam ou orientam a criança); (2) cada par conclui pelo menos um vaso identificado com o nome da erva – grelha de observação simples.

			idosos e assegura a segurança.			
<b>Conclusão</b>	Reflexão sobre o cuidado contínuo do jardim e utilização das ervas na alimentação.	Discussão em grupo; reforço positivo	Em círculo, partilha de ideias sobre como cuidar do jardim (rega, exposição à luz, colheita) e que receitas podem incluir as ervas plantadas. Definição simbólica de um “compromisso” de acompanhar o crescimento das plantas. Encerramento com agradecimento e valorização do contributo dos participantes.	Cartazes ou etiquetas para marcar as ervas; quadro ou cartolina para anotar ideias/receitas; cadeiras em círculo.	15 min	<b>Indicador de resultado:</b> ≥80% dos idosos manifestam interesse em acompanhar o jardim (verbalmente ou por gestos, ex.: “vou ver se cresceram”, “quero provar na sopa”) – registo de frases-chave/comportamentos.

## APÊNDICE IX – Plano de Sessão 4 – Ginástica Lúdica



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

#### PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b>	Ginástica Lúdica	<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal Co Formadores: Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos Institucionalizados no [REDACTED]	<b>DURAÇÃO:</b>	60 min
<b>LOCAL:</b>	Área exterior ou sala ampla no [REDACTED]	<b>DATA:</b>	12/12/2024
<b>SESSÃO N.º:</b>	4	<b>HORA:</b>	10h-11h

+

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Incentivar o bem-estar físico e emocional dos idosos por meio de atividades físicas lúdicas e integradoras, em contexto intergeracional.					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a atividade física adaptada, estimulando a mobilidade articular, a flexibilidade e a coordenação motora dos idosos</li> <li>Fomentar a interação social e o trabalho em equipa entre idosos e crianças, através de jogos de movimento em pares intergeracionais.</li> <li>Incentivar afetos positivos e sentimentos de diversão, relaxamento e bem-estar associados à prática de exercício físico em grupo.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da sessão e dos objetivos. Formação dos pares idoso-criança e aquecimento articular simples.	Dinâmica participativa; explicação demonstrativa	Acolhimento dos participantes. Apresentação breve do objetivo da sessão ( <i>"mexer o corpo de forma divertida e em segurança"</i> ).	Espaço amplo; cadeiras para apoio; coluna com música ambiente.	10 min	<b>Indicador de processo:</b> ≥80% dos idosos realizam ou acompanham os movimentos básicos de
			Formação de pares intergeracionais 1:1. Realização de alongamentos suaves e mobilização articular adaptada, com apoio musical.			aquecimento (registo de observação).
<b>Desenvolvimento</b>	Realização de jogos de movimento adaptados em pares intergeracionais (mobilidade, coordenação, equilíbrio).	Atividade prática guiada; jogos lúdicos	Execução de, pelo menos, três jogos: (1) <b>Bola ao Alvo</b> – pares idoso-criança lançam bolas leves para cones/alvos; (2) <b>Dança com Ritmos</b> – movimentos simples ao som de música (elevar braços, rodar ombros, passos laterais); (3) <b>Corrente de Movimento</b> – idosos e crianças alternam na liderança, imitando os gestos uns dos outros. A equipa assegura segurança, adapta intensidade às capacidades dos idosos e reforça a	Bolas leves; cones ou alvos; arcos/barras se necessário; música ambiente; cadeiras de apoio para quem necessitar	40 min	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) ≥80% dos idosos completam pelo menos 70% das atividades de movimento propostas; (2) observam-se interações positivas (sorrisos, conversas, gestos de ajuda) em ≥80% dos pares idoso-criança (grelha simples de observação).

			colaboração e o encorajamento mútuo.			
<b>Conclusão</b>	Retorno à calma, alongamentos suaves, respiração e partilha de percepções sobre a sessão.	Relaxamento guiado; reflexão coletiva	Realização de alongamentos suaves em posição sentada e exercícios de respiração calma. Em seguida, em círculo, idosos e crianças são convidados a partilhar como se sentiram (mais leves, divertidos, relaxados, cansados de forma agradável). Encerramento com agradecimento e reforço positivo da participação.	Cadeiras em círculo; música relaxante, se disponível.	10 min	<b>Indicador de resultado:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram satisfação (comentários positivos, sorrisos, desejo de repetir) – registo de frases-chave e comportamentos.

## APÊNDICE X – Plano de Sessão 5 – Músicas Natalícias



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

#### PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b>	Músicas Natalícias	<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal Co Formadores: Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos institucionalizados no [REDACTED]	<b>DURAÇÃO:</b>	60 minutos
<b>LOCAL:</b>	Sala de Convívio do [REDACTED]	<b>DATA:</b>	17/12/2024
<b>SESSÃO Nº:</b>	5	<b>HORA:</b>	10h-11h

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais dos idosos institucionalizados através de atividades musicais intergeracionais, promovendo a expressão emocional e a memória afetiva associadas às músicas natalícias.
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a memória e as recordações associadas às músicas natalícias, através do canto conjunto entre idosos e crianças.</li> <li>Promover a expressão de sentimentos e a partilha de experiências entre gerações, reforçando o convívio e o sentimento de pertença.</li> <li>Incentivar a participação ativa dos idosos nas atividades musicais (cantar, marcar o ritmo, tocar instrumentos), associando a experiência a afetos positivos e bem-estar emocional.</li> </ul>

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
<b>Introdução</b>	Apresentação da sessão, dos participantes e enquadramento das músicas natalícias.	Apresentação interativa; dinâmica de acolhimento	Acolhimento dos idosos e crianças, com cadeiras dispostas em círculo. Apresentação breve da sessão e explicação do objetivo (partilhar	Cadeiras em círculo; coluna/altifalante com música ambiente, se necessário.	10 minutos	<b>Indicador de processo:</b> ≥80% dos idosos mostram interesse em participar (contacto visual, sorrisos,

			músicas e memórias de Natal em conjunto). As crianças iniciam a sessão com uma canção de boas-vindas, convidando os idosos a acompanhar com palmas suaves.			comentários, acompanhar com palmas) – registo de observação.
<b>Desenvolvimento</b>	Canto coletivo de músicas natalícias e atividades de percussão simples em contexto intergeracional.	Dinâmica de grupo; atividade prática guiada	1) Canto conjunto de músicas tradicionais de Natal, com apoio de letra impressa, incentivando que os idosos iniciem algumas canções, acompanhados pelas crianças. 2) Atividade de percussão simples: distribuição de pequenos instrumentos (maracas, pandeiretas, triângulo, castanholas) para marcar o ritmo das músicas em grupo. 3) Estímulo à partilha espontânea	Instrumentos simples (maracas, pandeiretas, triângulo, castanholas, etc.); coluna de som; lista/letras das músicas natalícias em letra grande.	40 minutos	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) ≥80% dos idosos participam ativamente (cantam, batem palmas, marcam o ritmo ou tocam um instrumento); (2) pelo menos 70% dos idosos evocam memórias ou expressam emoções relacionadas com as músicas – grelha simples de observação e registo de frases-chave.

			de memórias associadas às músicas (ex.: “esta música ouvia-se em casa na consoada...”), valorizando a expressão emocional.			
<b>Conclusão</b>	Reflexão conjunta sobre a experiência musical e encerramento simbólico da sessão.	Discussão em grupo; <i>feedback</i> oral	Em círculo, convite à partilha de como se sentiram durante a sessão (ex.: “alegre”, “com saudades”, “com vontade de repetir”). Breve síntese pela investigadora valorizando a participação de todos. Encerramento com uma canção final escolhida em conjunto (idosos e crianças) como “canção de despedida”.	Ambiente tranquilo; cadeiras em círculo.	10 minutos	<b>Indicador de resultado:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram satisfação (sorrisos, comentários positivos, manifestação de desejo em repetir a atividade) – registo de observação e de frases significativas.

## APÊNDICE XI – Plano de Sessão 6 – Culinária Natalícia Saudável - Receitas com Menos Açúcar



### ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
<b>TEMA:</b>	Culinária Natalícia Saudável - Receitas com Menos Açúcar	<b>FORMADOR:</b>	Investigadora Principal <b>Co Formadores:</b> Gerontóloga, Auxiliares de Ação Médica, Educadora de Infância, Auxiliares de Ação Educativa
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Idosos Institucionalizados no [REDACTED]	<b>DURAÇÃO:</b>	90 min
<b>LOCAL:</b>	Cozinha do [REDACTED]	<b>DATA:</b>	19/12/2024
<b>SESSÃO N°:</b>	6	<b>HORA:</b>	14h-15h30

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Contribuir para o fortalecimento dos vínculos sociais e para a adoção de comportamentos alimentares salutogénicos pelos idosos institucionalizados, através de uma atividade culinária intergeracional de confeção de rabanadas natalícias saudáveis.					
<b>Objetivos Específicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para a importância da redução do consumo de açúcar e gordura nas receitas natalícias, promovendo escolhas alimentares mais saudáveis.</li> <li>• Promover a partilha de memórias afetivas e tradições alimentares associadas à consoada, entre idosos e crianças, reforçando o convívio e o sentimento de pertença.</li> <li>• Estimular a participação ativa dos idosos na preparação das rabanadas <i>fit</i>, em colaboração com as crianças, reforçando o sentimento de utilidade e autoeficácia.</li> <li>• Incentivar afetos positivos e bem-estar durante a degustação conjunta das rabanadas saudáveis confeccionadas em contexto intergeracional.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>

<b>Introdução</b>	Importância de hábitos alimentares saudáveis e de adaptar receitas tradicionais (menos açúcar e gordura). Partilha de memórias e tradições de Natal. Apresentação da receita e evocação de memórias afetivas	Expositivo-dialogado; dinâmica participativa	Acolhimento de idosos e crianças na cozinha. Apresentação da sessão e da receita de rabanadas <i>fit</i> (no forno, com menos açúcar). Explicação simples sobre o impacto do excesso de açúcar/gordura na saúde. Momento de partilha de memórias da consoada: cada idoso é convidado a recordar uma receita, um prato típico ou uma pessoa significativa que cozinhava no Natal. Formação de grupos/p pares idoso-criança para preparar os ingredientes.	Ingredientes (pão fatiado, leite/leite vegetal, ovos, casca de limão, paus de canela, canela em pó, mel/agave), aventais, utensílios de cozinha, tigelas, tabuleiros, papel vegetal.	15 min	<b>Indicadores de processo:</b> (1) ≥80% dos idosos demonstram interesse (comentam, fazem perguntas, observam atentamente a explicação); (2) ≥70% dos idosos partilham pelo menos uma memória ou referência a tradições alimentares da consoada – registo de observação e frases-chave.
<b>Desenvolvimento</b>	Preparação conjunta de rabanadas natalícias saudáveis em contexto intergeracional.	Atividade prática guiada; trabalho em pares/grupos	Em pares idoso-criança, preparação da receita: demolhar o	Ingredientes já referidos; colheres, taças, tabuleiros, forno,	60 min	<b>Indicadores de processo e resultado:</b> (1) ≥80% dos

			pão em leite aromatizado, bater ovos, adoçar moderadamente com mel/agave, dispor as fatias em tabuleiros e levar ao forno. Incentiva-se a divisão de tarefas (ex.: criança mexe, idoso orienta; idoso passa para o tabuleiro, criança ajuda a polvilhar canela). Ao longo da atividade, retoma-se a ideia de “mesma tradição, receita mais saudável!”. A equipa assegura segurança, higiene e adapta as tarefas às capacidades de cada idoso.	luvas de forno, panos de limpeza; superfícies limpas e seguras.		idosos participam ativamente em pelo menos uma etapa da confeção (misturar, orientar, colocar no tabuleiro, polvilhar); (2) todos os pares idoso-criança concluem a preparação de rabanadas <i>fit</i> para degustação – grelha simples de observação.
<b>Conclusão</b>	Degustação das rabanadas saudáveis, reflexão sobre a experiência e reforço de mensagens-chave sobre alimentação saudável e convívio intergeracional.	Reflexão coletiva; partilha informal	Degustação conjunta das rabanadas em ambiente de convívio. Em círculo, idosos e	Mesa para degustação; pratos, talheres e guardanapos; espaço organizado para	15 min	50% dos participantes verbalizam ou demonstram satisfação com <b>Indicador de</b>

			crianças são convidados a comentar o sabor, o processo de confeção e a experiência de cozinhar em conjunto. Retoma-se a mensagem de que é possível manter as tradições natalícias com adaptações mais saudáveis. Encerramento com agradecimento e reforço do papel de cada participante.	conversa em grupo.		<b>resultado:</b> ≥80% dos idosos verbalizam ou demonstram satisfação com a atividade (comentários positivos, sorrisos, desejo de repetir, valorização da experiência com as crianças) – registo de observação e de frases significativas.
--	--	--	--	--------------------	--	--

#### Receita Sugerida: Rabanadas saudáveis no forno

##### Ingredientes

- 1 pão fatiado (preferencialmente com 2 dias)
- 1 litro leite ou bebida vegetal
- 3 ovos
- 2 paus de canela
- Mel (ou xarope de agave)
- 2 casquinhas de limão
- Q.b. canela em pó

##### Passos:

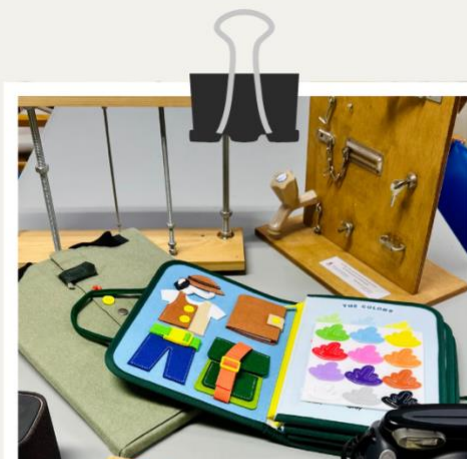
1. Num recipiente, coloque o leite, os paus de canela e as casquinhas de limão. Adicione o pão fatiado, de modo a que fique coberto pelo menos cerca de 6h para obter uma melhor consistência. Dica: Quanto mais tempo demolhar, melhor será a consistência. (na foto Rabanadas demolhadas até 12h)
2. Pode demolhar em leite morno, panar e levar de imediato ao forno.
3. Pré-aqueça o forno a 200° C.
4. Bata os ovos, adicione um pouco de agave e canela em pó (a gosto).
5. Coloque papel vegetal num tabuleiro de ir ao forno.
6. Passe o pão pelo ovo batido e coloque no tabuleiro. Leve ao forno por cerca de 20 minutos ou até dourar.
7. Retire do forno, polvilhe com canela e agave (a gosto).

##### Benefícios Promovidos:

1. **Redução de Açúcar:** Utilizar frutas naturais como adoçantes.
2. **Estímulo Intergeracional:** Idosos partilham memórias de receitas antigas, enquanto as crianças aprendem sobre escolhas alimentares saudáveis.
3. **Prevenção da Diabetes:** Substituir ingredientes tradicionais por opções mais equilibradas.

## Memórias Partilhadas

Registo fotográfico das sessões intergeracionais realizadas na ERPI, dando voz às histórias, gestos e emoções vividas ao longo do projeto.



## Livro Fotográfico do Projeto

Documentação das atividades intergeracionais, integrando memórias, tradições e emoções partilhadas entre gerações.



**Nota:** As imagens incluídas respeitam os princípios éticos e de confidencialidade, não permitindo a identificação dos indivíduos retratados. O registo fotográfico é meramente ilustrativo.

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

