



Clara Lucília Botelho Ramos

Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida
Centros de Dia/ Centros de Convívio
no Concelho de Felgueiras

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Assunção Nogueira

junho 2013

Ramos, Clara Lucília Botelho

Envelhecimento Ativo e Qualidade de Vida
Centros de Dia/ Centros de Convívio
no Concelho de Felgueiras

233 Páginas

Relatório de Estágio, Instituto Politécnico da Saúde do Norte

CESPU, CRL; Instituto Politécnico da Saúde do Norte

“A idade não é um pretexto para que se fique velho”.

G. Slattery

Este trabalho é dedicado à minha “Pequena Família”,
à minha filha, Maria
e ao meu marido, Agostinho

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório só foi possível através do contributo inestimável das pessoas que seguidamente irei mencionar.

Um grande agradecimento à minha caríssima orientadora, Professora Doutora Assunção Nogueira, pela disponibilidade, simpatia, dedicação, partilha de saberes e reforços positivos ao longo da orientação deste relatório.

À equipa da Unidade de Cuidados Continuados de Felgueiras, especialmente à Enf^{ta} Iola Ferronha pelo acolhimento, colaboração, disponibilidade e partilha de saberes.

A todas as pessoas idosas que participaram no estudo, que se mostraram interessadas e disponíveis, sem elas este relatório não teria sido possível.

Agradeço a todas as diretoras técnicas dos Centros de Dia e Centros de Convívio do concelho de Felgueiras, que autorizaram e estiveram sempre disponíveis na realização deste trabalho.

À professora Vânia Costa, pela disponibilidade e profissionalismo na sua colaboração.

Às colegas de trabalho da Unidade de Saúde Familiar Fénix (Alexandra, Ana Luísa, Ana Isabel, Andreia, Cláudia, Mónica, Raquel e Lisete), que tantas vezes presenciaram a ansiedade, colmataram as ausências do serviço e ajudaram a ultrapassar as numerosas dificuldades que se atravessaram no caminho. Um agradecimento especial à minha companheira de "luta", Ana Souto, pela paciência e apoio prestado ao longo destes meses.

Às colegas de Mestrado, Cláudia e Vera, que estiveram sempre empenhadas e dedicadas neste trabalho.

Agradeço à minha irmã Florência, pela ajuda na revisão deste relatório.

À D. Teresa, pela colaboração na revisão e formatação deste relatório.

À minha família, pelo carinho e paciência em todos os momentos, especialmente aos meus pais.

A ti Maria, filha que sentiste a minha ausência nesta minha caminhada, espero que um dia compreendas o porquê de muitas vezes não brincar contigo, não te contar histórias para te

adormecer e estar pouco disponível para ti. Agostinho, sem ti, não teria conseguido, foste incansável ao longo destes meses, foste o meu refúgio em todas as minhas vitórias e fracassos, foste Pai e Mãe, estiveste sempre presente, colocando sempre a família como prioridade, sem ti, nada disto seria possível!

RESUMO

Introdução: Envelhecer com saúde, autonomia, independência e com Qualidade de Vida é um desafio. É necessário promover o Envelhecimento Ativo, através da prática da atividade física, a promoção dos fatores de segurança, entre outros.

Objetivo: Promover o Envelhecimento Ativo nas pessoas idosas dos Centros de Dia e Centros de Convívio do concelho de Felgueiras.

Metodologia: Quantitativa, descritiva, exploratória e transversal, com base no Planeamento em Saúde. Decorreu entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, na Unidade de Cuidados Continuados de Felgueiras, com a participação de 51 pessoas idosas. Foi aplicado um questionário, a escala de avaliação WHOQOL-Bref, e o Índice de Barthel. Depois do diagnóstico de situação efetuado determinamos prioridades e do método utilizado as Quedas surgiram em 1º lugar. Assim criamos e implementamos um programa “EnvelheSER Ativo sem Quedas” com três projetos “Casa Segura”, “Cuida-se” e “Toca a mexer para melhor Envelhecer”.

Resultados: Verificamos uma adesão das pessoas idosas às sessões entre os 71% a 100%. Obtivemos relativamente aos conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa 73% de respostas corretas, atingindo os objetivos propostos. Contribuímos para o aumento de conhecimento e sensibilizamos sobre medidas a adotar na prevenção de quedas.

Conclusão: Despertamos a necessidade de intervir no Envelhecimento Ativo, actuando sempre na e para a Comunidade. A Unidade de Cuidados Continuados de Felgueiras vai dar continuidade ao programa, para que as pessoas idosas possam envelhecer de forma ativa no contexto, onde vivem.

Palavras-Chave: Envelhecimento Ativo, Qualidade de Vida, Pessoas Idosas.

ABSTRACT

Introduction: Getting older with health, autonomy, independence and with quality of life is a challenge. It is necessary to promote the active aging through the practice of physical activity, the promotion of security, among others.

Aim: To promote the active aging in elder people in day centres and sociability centres in Felgueiras.

Methodology: Quantitative, descriptive, exploratory and transversal based in the Health Planning. It occurred from October 2012 to January 2013 in the Continuing Care Unit in Felgueiras, with 51 elder people as participants. It was used a quiz, the evaluation scale WHOQOL-Bref and the Barthel Index. After the situation diagnosis, we made determined priorities and from the method used the falls came in first place. So we enforced the program “EnvelheSER Ativo sem Quedas” (Active aging (being) without falling) with three projects: “Casa Segura” (Safe Home),”Cuida-te” (Take care) “ Toca a mexer para melhor envelhecer” (Let’s move for a better aging).

Results: We observed an accession to the sessions from 71% to 100%. Concerning the knowledge on how to avoid falls at home, 73% of the questions were correct, achieving the objectives which were proposed. We contributed to the increase of the knowledge about the measures to be taken to prevent falls.

Conclusion: We emphasized the need of an intervention in the Active Aging, acting in and to the Community. The Continuing Care Unit in Felgueiras is going to proceed with this program so that the elderly can get older in an active way in the context where they live.

Keywords: Active Aging, Quality of Life, Elderly.

ÍNDICE

	pág.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO - QUALIDADE DE VIDA - ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM	
1. ENVELHECIMENTO HUMANO E VELHICE.....	7
2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO.....	11
3. ENVELHECIMENTO ATIVO - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA/PROGRAMA.....	17
3.1. Determinantes do envelhecimento ativo.....	22
4. QUALIDADE DE VIDA	27
4.1. Qualidade de vida da pessoa idosa	28
5. REDES SOCIAIS DE APOIO À PESSOA IDOSA - CENTROS DE DIA/CONVÍVIO	33
6. O PAPEL DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO	37
CAPITULO II - PLANEAMENTO EM SAÚDE	
1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	45
1.1. Caracterização do concelho de Felgueiras	46
1.2. Metodologia de estudo	50
1.2.1. População alvo e amostra	51
1.2.2. Instrumento de recolha de dados	54
1.2.3. Operacionalização das variáveis.....	56
1.2.4. Pré teste	58
1.2.5. Análise de dados.....	58
1.2.6. Questões éticas tidas em consideração	59
1.3. Apresentação da análise dos resultados	60
1.4. Discussão dos resultados.....	88
1.5. Problemas de saúde identificados	97
2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES.....	99
3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	103

	pág.
4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	105
5. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS	109
6. AVALIAÇÃO	111
NOTAS FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	125
Anexo A - Pedidos de autorização para a realização do estudo (Carta de apresentação às instituições do programa EnvelheSER Ativo; Consentimento Informado).....	cxxxvii
Anexo B - Respostas aos pedidos de autorização para a implementação do programa EnvelheSER Ativo	cxxxix
Anexo C - Mini-Exame do Estado Mental.....	cxxxvii
Anexo D - Instrumentos de recolha de dados	clxi
Anexo E - Pedido de autorização para a aplicação do WHOQOL-Bref, Índice de Barthel e Mini- Exame do Estado Mental.....	cli
Anexo F - Respostas aos pedidos de autorização para a aplicação do WHOQOL-Bref, Índice de Barthel e Mini-Exame do Estado Mental	clv
Anexo G - Folheto sobre prevenção de quedas em casa.....	clxi
Anexo H - Cartaz sobre exercício físico	clxv
Anexo I - Folheto informativo sobre exercício físico	clxix
Anexo J - Apresentação multimédia de imagens.....	clxxiii
Anexo K – Registo fotográfico da sessão de exercício físico/reabilitação	clxxxiii
Anexo L - Planos de sessões.....	clxxxix
Anexo M - Ficha de avaliação	cxciii
Anexo N - Tabela de avaliação de conhecimentos da sessão de educação para a saúde	cxcvii
Anexo O - Folhas de presença dos participantes das várias atividades	cci

ÍNDICE DE TABELAS

	pág.
Tabela 1. Idade cronológica de acordo com Debert (1999)	8
Tabela 2. Resultados obtidos pelas pessoas idosas submetidas ao MEEM.....	53
Tabela 3. Resultados obtidos pelas pessoas idosas aprovadas no MEEM	53
Tabela 4. Classificação de dependência/independência da pessoa idosa segundo a Escala de Avaliação de Barthel, na escala de 0 a 20	56
Tabela 5. Operacionalização das variáveis.....	57
Tabela 6. Idade das pessoas idosas.....	62
Tabela 7. Valores médios e desvios-padrão da escala da WHOQOL-Bref.....	84
Tabela 8. Equações utilizadas para os domínios da escala da WHOQOL-Bref.....	85
Tabela 9. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref.....	85
Tabela 10. Estatísticas descritivas dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref.....	85
Tabela 11. Resumo dos problemas identificados	97
Tabela 12. Priorização dos problemas identificados	99
Tabela 13. Estrutura do projeto “Casa Segura” com respectivas atividades.....	105
Tabela 14. Estrutura do projeto “Cuida-te” com respectivas atividades	106
Tabela 15. Estrutura do projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer” com respectivas atividades	107

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Pirâmide de idades de Portugal em 1970	12
Gráfico 2. Pirâmides de idades de Portugal em 2010 e 2050	13
Gráfico 3. Género	61
Gráfico 4. Classe etária	61
Gráfico 5. Habilitações literárias	62
Gráfico 6. Profissão	63
Gráfico 7. Estado civil	63
Gráfico 8. Conviventes	64
Gráfico 9. Conviventes - Família alargada	64
Gráfico 10. Habitação	65
Gráfico 11. Habitação tem escadas?	65
Gráfico 12. Habitação tem água canalizada/potável?	66
Gráfico 13. Rendimentos mensais	66
Gráfico 14. Principal motivo para frequentar o Centro de dia/Convívio	67
Gráfico 15. Outros motivos para frequentar o Centro de dia/Convívio	67
Gráfico 16. O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da instituição	68
Gráfico 17. Com quem convive fora da instituição	69
Gráfico 18. Número de refeições diárias	69
Gráfico 19. Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição	70
Gráfico 20. Método de confeção de alimentos nas refeições que faz fora da instituição	70
Gráfico 21. Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária	71
Gráfico 22. Quantidade de água que consome diariamente	72
Gráfico 23. N° de horas de sono diárias	72
Gráfico 24. Tem o hábito de dormir a sesta	73
Gráfico 25. Toma medicação para dormir	73
Gráfico 26. Consome bebidas alcoólicas diariamente	74
Gráfico 27. Tipo de bebidas alcoólicas	74
Gráfico 28. Quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas	75
Gráfico 29. Consumo de tabaco	75
Gráfico 30. Tem médico de família	76
Gráfico 31. Sofre de alguma doença(s)	76
Gráfico 32. Doença(s)	77

	pág.
Gráfico 33. Medicação diária	78
Gráfico 34. Nº de comprimidos (diferentes) que toma diariamente	78
Gráfico 35. Realiza alguma atividade física semanalmente?	79
Gráfico 36. Atividade física semanal	79
Gráfico 37. Motivo da não prática de atividade física.....	80
Gráfico 38. Nº de vezes por semana de atividade física.....	80
Gráfico 39. Duração de cada sessão de atividade física	81
Gráfico 40. Opinião pessoal sobre a prática de atividade física para a saúde	81
Gráfico 41. Sente-se seguro em sua casa?.....	82
Gráfico 42. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?.....	82
Gráfico 43. Local da queda	83
Gráfico 44. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref.....	86
Gráfico 45. Frequências da questão 1 da escala WHOQOL-Bref.....	86
Gráfico 46. Frequências da questão 2 da escala WHOQOL-Bref.....	87
Gráfico 47. Histograma da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20	87
Gráfico 48. Classificação do grau de dependência das pessoas idosas segundo o Índice de Barthel	88

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Prospetiva do envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS II (2007-2050)	14
Figura 2. Prospetiva dos principais indicadores demográficos em Portugal por NUTS II (2007-2050)	14
Figura 3. Os três pilares da estrutura política para o EA.....	20
Figura 4. Determinantes do EA.....	23
Figura 5. Representação esquemática do modelo de QV na velhice (Lawton, 1991).....	30
Figura 6. Variação da população residente por freguesia, 2001-2011	47
Figura 7. População residente (N.º) em Felgueiras por ciclos de sexo e grupo etário	48
Figura 8. População empregada em Felgueiras por profissões	49
Figura 9. Nível de Escolaridade mais elevado completo em Felgueiras.....	50
Figura 10. Seleção da amostra	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's - Atividades de Vida Diária

cit. - citado

DGS - Direção-Geral da Saúde

Dr^a - Doutora

EA - Envelhecimento Ativo

EMEC - Enfermeiro Mestre em Enfermagem Comunitária

ESSVS - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

INE - Instituto Nacional de Estatística

MEEM - Mini-Exame do Estado Mental

MTSS - Ministério do Trabalho e da Segurança Social

n^o - número

NUTS - Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

QV - Qualidade de Vida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Measure

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal, a população está de facto a envelhecer e Portugal não é exceção. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais cresce cada vez mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. As estatísticas mostram-nos que somos uma população envelhecida. De acordo com os resultados dos censos (2011), a população idosa aumentou de 16% para 19%, e o índice de envelhecimento subiu de 102 em 2001, para 128 em 2011 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). O envelhecimento demográfico é notório, quer pela base da pirâmide etária com diminuição da população jovem (0-14 anos), quer pelo topo com aumento da população idosa (65 e mais anos).

O índice de envelhecimento tem vindo a aumentar devido a fatores como a alteração do padrão de mortalidade, o decréscimo da taxa de natalidade, a melhoria dos cuidados de saúde e das condições de vida, o desenvolvimento da tecnologia e da capacidade de controlo das doenças.

Com o aumento de pessoas idosas na população mundial, todos os processos relacionados com o envelhecimento tornam-se cada vez mais preocupantes. É fundamental estabelecer ações relativas à promoção de saúde, prevenção de doenças e qualidade de vida (QV). Enquanto enfermeiros temos que pensar na promoção do Envelhecimento Ativo (EA) junto das comunidades como solução de muitos problemas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define EA como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Envolve políticas públicas que promovam hábitos de vida saudáveis, baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas idosas.

O EA é condicionado por vários fatores ou “determinantes” de saúde que rodeiam a pessoa, as famílias e as sociedades, como refere Smethurst (2005), “estas determinantes são transversais, infraestruturais e atitudinais, interferem na qualidade de vida de todos os grupos etários, não só das pessoas de idade avançada ... qualquer esforço no sentido de

promover o envelhecimento ativo resultará em efetiva melhoria na qualidade de vida de todos” (p.152).

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, com QV, constitui nos dias de hoje, um desafio. Torna-se, por isso, necessário expandir-se as boas práticas de educação e promoção da saúde, como a prática da atividade física moderada e regular, a alimentação saudável, o não fumar, o consumo moderado de álcool e a promoção dos fatores de segurança. Estas ações devem ser realizadas o mais precocemente possível, ainda durante a infância.

Quanto mais idosas foram as pessoas, os programas e projetos a implementar devem sempre ir de acordo a proporcionar oportunidade de desenvolverem as suas potencialidades e capacidades de modo a poderem viver mais e melhor.

Os enfermeiros são o grupo profissional fulcral para a promoção da saúde, para a implementação de programas e projetos, com o intuito de garantir um EA e é através do processo de Planeamento em Saúde que se pretende atingir os objetivos propostos.

Através do Planeamento em Saúde procura – se um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluídas mudanças no comportamento das populações (Imperatori & Giraldes, 1986).

Tendo por base o que foi referido anteriormente, foi desenvolvido o presente relatório em que é descrito todo o Planeamento em Saúde desenvolvido no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS), que decorreu de 1 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras, sob orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira. Este relatório é o resultado de um trabalho de campo em que a base usada foi a metodologia de Planeamento em Saúde cujo objetivo foi **Promover o EA nas pessoas idosas, com idades iguais ou superiores a 65 anos, que frequentam os Centros de dia / Centros de convívio do concelho de Felgueiras.**

O presente relatório foi elaborado recorrendo à metodologia descritiva.

Os objetivos deste relatório são os seguintes:

- Explicar o processo de envelhecimento;

- Descrever o envelhecimento demográfico em Portugal;
- Explicar o conceito de EA, bem como as suas determinantes;
- Explicar o conceito de QV relacionada com as pessoas idosas;
- Descrever o papel das redes sociais de apoio às pessoas idosas;
- Descrever o papel do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Comunitária (EMEC) na promoção do EA;
- Descrever e avaliar o trabalho de planeamento em saúde realizado com todas as suas etapas.

Este relatório é constituído por dois capítulos. O primeiro capítulo refere-se a uma contextualização teórica, elaborada a partir da consulta de várias artigos, livros, teses e informação on-line, com o intuito de fazermos uma abordagem acerca do envelhecimento, envelhecimento demográfico, EA, QV, bem como papel dos Centros de dia/Centros de convívio para as pessoas idosas. Salienta-se, também, a pertinência do papel do EMEC na promoção do EA.

O capítulo II refere-se à investigação empírica, onde se descreve o processo de Planeamento em Saúde, nas suas diversas etapas, começando com o diagnóstico de situação, onde caracterizamos a população alvo do estudo “as pessoas idosas com mais de 65 anos pertencentes aos Centros de dia/Centros de convívio do concelho de Felgueiras” e o instrumento de recolha de dados, este constituído por três partes, um questionário, a escala de avaliação da QV, o World Health Organization Quality of Life Measures (WHOQOL-Bref), e o Índice de Barthel, onde procuramos conhecer as condições sociodemográficas das pessoas idosas, os hábitos alimentares, os hábitos de sono e vigília, os hábitos nocivos, a saúde, os hábitos de atividade física, a segurança, mensurar o nível de dependência e conhecer a QV das pessoas idosas.

Apresentamos os resultados do tratamento de dados, recorrendo ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e a estatística descritiva. Foi, ainda, realizada a discussão dos resultados, confrontando-os com ideias de outros autores já publicadas.

Verificamos a existência de vários problemas de saúde, sendo estes a solidão, as barreiras arquitetónicas na habitação, o sedentarismo, os hábitos alimentares incorretos, a doença, a polimedicação, a escassa atividade física e quedas, e a necessidade de intervenção neste âmbito. No entanto, por falta de tempo, só conseguimos intervir no primeiro problema

priorizado através da técnica de ordenação escala de medida linear, que foram as “Quedas”. Desta forma, surge a implementação de um programa “EnvelheSER Ativo sem Quedas”, com três projetos: “Casa Segura”, “Cuida-te” e “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”. Neste sentido, desenvolvemos algumas atividades, ficando outras planeadas para que lhes seja dada continuidade pela equipa da UCC de Felgueiras a médio e longo prazo.

Por fim, este relatório termina com as notas finais, em que tiramos as conclusões finais de todo o processo de Planeamento em Saúde, através de uma reflexão crítica, em que revelamos a importância de reduzir as quedas através da adoção de mudança de comportamentos como a atividade física, a mudança de ambientes, e a procura de saúde, com o intuito de obter um EA.

Foram ainda incluídos alguns anexos que consideramos pertinentes para uma melhor compreensão do trabalho efetuado.

CAPÍTULO I

ENVELHECIMENTO

- QUALIDADE DE VIDA

- ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM

1. ENVELHECIMENTO HUMANO E VELHICE

“Tememos a velhice quase tanto como tememos não viver o suficiente para a atingir”.

(Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006)

O envelhecimento é contínuo ao longo da nossa vida, iniciando-se desde a concepção e perdurando até à morte. Segundo Moniz (2003), envelhecer “é em sentido lato, um processo segundo o qual qualquer organismo vivo, tal como o corpo humano, existe no tempo e vai-se alterando fisicamente através de um desenvolvimento contínuo até culminar na morte” (p.48).

É um processo natural, progressivo, irreversível, é caracterizado por uma série de alterações que afetam o indivíduo de uma forma universal, complexa e contínua ao longo da vida, sendo que a sua evolução é mais rápida e visível nas últimas décadas de vida de uma pessoa. Como refere Moniz (2003), o processo de envelhecimento “origina alterações ao nível dos estatutos e ao nível das funções do organismo da pessoa. Contudo, estas modificações não acontecem de maneira igual, e uma mesma função pode envelhecer a ritmos diferentes em pessoas diferentes” (p.48).

Verificamos, assim, que o processo de envelhecimento não é vivido de igual forma em todos os indivíduos. A maneira como se envelhece é determinada por todo o seu passado, a pessoa nasce, cresce, envelhece e morre. Passa por influências internas e externas que vão ter repercussões na forma como vai envelhecendo.

A velhice é entendida como a última fase do ciclo vital, onde surgem grandes transformações a nível social (família, comunidade, trabalho e lazer) onde se desenrolam novas vivências, encerrando um processo de envelhecimento normal ou patológico (Cardão, 2009).

Palmeirão (2002) corrobora estas ideias afirmando que “os idosos que consideram a velhice como um fenómeno natural dão sentido à sua vida, são mais felizes e implicam-se mais no seu meio e na sociedade, melhorando a sua auto imagem e olhando-se de forma mais positiva” (p.44).

Guimarães (2010) afirma que ninguém envelhece da mesma forma. É um processo assimétrico, que faz com que alguns pareçam velhos aos 50 anos, e outros esbanjem vitalidade aos 70 anos.

Neri (2001), cit. por Fernandes (2010), refere que a idade cronológica não causa desenvolvimento, nem envelhecimento. O critério cronológico funciona como ponto de referência visto que vivemos num mundo temporalizado.

Debert (1999) propôs uma classificação de acordo com a idade cronológica retratada na Tabela 1.

Tabela 1.

Idade cronológica de acordo com Debert (1999)

Idade Cronológica	
Jovens Idosos	65-75 anos
Idosos - Idosos	76-84 anos
Idosos + Idosos	+ de 85 anos

Esta classificação considera apenas o aspeto cronológico da idade do indivíduo, desprezando os aspetos biológicos, psicológicos e sociológicos. No entanto, é comum encontrarmos indivíduos com a mesma idade mas que vivem a sua velhice de forma diferente.

Paúl (2005) refere que o marco dos sessenta e cinco anos de idade deixou de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice. Atualmente, considera-se a existência de várias idades para a transição entre a idade adulta e a velhice. Ao longo do tempo existem influências históricas, mudanças pessoais, sociais, ganhos e perdas, que variam de pessoa para pessoa e têm efeito cumulativo.

Moniz (2003) refere o envelhecimento como um processo complexo e determinado por aspetos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, existindo desta forma três tipos de idades: Idade biológica, Idade social e Idade psicológica.

A idade biológica/cronológica, que inicia a sua contagem com o nascimento, permite determinar em que altura do espaço de vida a pessoa se encontra “ligada ao

envelhecimento orgânico, em que se começa a assistir a uma diminuição de funcionamento dos órgãos e a uma menor eficácia da sua auto-regulação” (Moniz, 2003, p.49).

A idade social, que consiste nos hábitos sociais e *status* do indivíduo e como ele desempenha os papéis que assume face às expectativas que lhe são impostas pelo grupo cultural e social a que pertence. Como refere Moniz (2003),

...tem a ver com o papel social das pessoas e com os seus hábitos em relação a outros membros, e é fortemente influenciada pela cultura onde a pessoa está inserida. A passagem à reforma ...enquanto para uns, ela é considerada como um prémio, para outros é considerada como uma morte social. (pp. 49, 50)

Zimerman (2000) corrobora esta ideia, afirmando que o envelhecimento social está relacionado com: a crise de identidade, provocada pela falta de papel social, que leva a pessoa idosa a perder a sua autoestima; a mudança de papéis, que ocorre na família, no trabalho e na sociedade; a reforma, que deve ser preparada para que as pessoas idosas não terminem isoladas e deprimidas; as perdas diversas, desde a condição económica ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência à autonomia; e a diminuição dos contactos sociais, pela distância, falta de tempo, circunstâncias financeiras e realidade da violência nas ruas.

A idade psicológica determina-se pelo comportamento que o indivíduo assume ao longo do seu espaço de vida. Tem base nas capacidades, perceções, aprendizagem, resolução de problemas, sentimentos, aptidões e comportamentos sociais, “tem a ver com o comportamento da pessoa em relação às mudanças do ambiente, onde se inclui a memória, a inteligência e as motivações empreendedoras” (Moniz, 2003, p.50).

Guimarães (2010) refere que a componente psicológica tem possibilidades de transformar o envelhecimento de uma forma melhor ou pior. “A rendição psicológica ao tempo, dando mais destaque ao lado negativo da vida e olhando o futuro como o caminho do fim, acaba por tornar a vida sem sentido, cor ou significado” (p.41). Para este autor, “são as pessoas que vêm um copo de água pela metade e o classificam como ‘meio vazio’” (p.41). Aquelas que têm uma visão positiva da vida, coragem para se ver no espelho sem sofrer, capacidade de sonhar e realizar, conseguem diminuir o impacto do envelhecimento. Para estes o copo está “meio cheio”.

Para Pául e Fonseca (1999), o indivíduo vai sofrer alterações funcionais e mudança de papéis sociais que o levam à busca de novos equilíbrios, internos e externos. É uma constante adaptação.

Face ao envelhecimento da população em todo o mundo, é cada vez mais importante e fundamental manter a pessoa idosa integrada, estimulando a sua participação social e a sua produtividade com novas experiências de aprendizagem, de acordo com as suas possibilidades físicas e compatíveis com os seus interesses, para esta se manter em equilíbrio e adaptar-se à sua nova condição de vida.

2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

“Se o século XX foi o século do crescimento, o século XXI será o século do envelhecimento demográfico”.

(Nazareth, 2009)

O envelhecimento demográfico surge a partir da segunda metade do século XX, fenómeno este observado em todos os países desenvolvidos, associado à baixa taxa de mortalidade devido às melhores condições de vida, avanços da medicina e baixa taxa de mortalidade infantil, ao aumento da longevidade, à baixa da natalidade e fecundidade, associada às maiores habilitações literárias da mulher, à maior participação da mulher na vida ativa, ao planeamento familiar e uso de contraceptivos, e à maior esperança média de vida.

Em 2001, Portugal tinha uma taxa bruta de natalidade de 10,8, passando esta a ser de 9,5 em 2010. A taxa de fecundidade também tem vindo a diminuir progressivamente, passando de 42,9 em 2001, para 39,7 em 2010 (INE, 2012).

De acordo com o Anuário Estatístico de Portugal (INE, 2010), o peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade. Desde 1990 que a proporção de indivíduos com idade inferior a 24 anos apresenta uma tendência sistemática de redução. Na década de 90, representava em média 33,4% do total, enquanto na década seguinte já valia um pouco menos de 28,0%, mas com tendência descendente, de tal forma que em 2010 representava 26,0%.

Em 2010, o índice de longevidade foi de 47,4, atingindo o nível mais elevado desde 1990, sendo evidente uma tendência de aumento desde 1995, ano em que este indicador se situava em 39,0%. O rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até 14 anos (índice de envelhecimento) atingiu, também, o seu ponto mais elevado, alcançando 120,1%, quando em 2000 era de 102,2% e em 1990 se situara em 68,1% (INE, 2010).

Segundo projeções da população residente, NUTSIII 2000-2050 (INE, 2005), prevê-se uma redução significativa da percentagem de população em idade ativa (população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos), em simultâneo com o aumento da proporção da população idosa (população com 65 ou mais anos de idade), registando-se,

também, uma tendência de redução do peso relativo da população jovem (população com idades inferiores a 15 anos), embora menos acentuada.

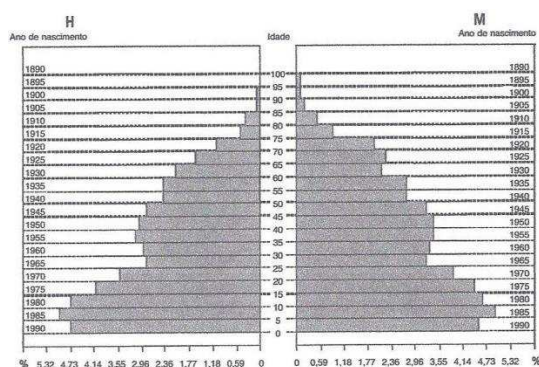
Segundo a mesma fonte, em 2000, os valores mais reduzidos do índice de envelhecimento registavam-se no Grande Porto e nas regiões circundantes - Cávado, Ave, Tâmega e Entre Douro e Vouga, para além das regiões autónomas. Por oposição, nas regiões mais interiores do país, os valores deste indicador, em 2000, ultrapassavam os 150 idosos por cada 100 jovens, observando-se valores particularmente elevados na Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul, com 229 e 257 idosos por cada 100 jovens, respetivamente. Em 2050, existe uma relação de cerca de 2 idosos por cada jovem, com valores mais elevados nas regiões do Alentejo, onde sobem para cerca de 3 idosos por cada jovem, denotando de forma inequívoca o progressivo envelhecimento populacional esperado.

Segundo Nazareth (2009):

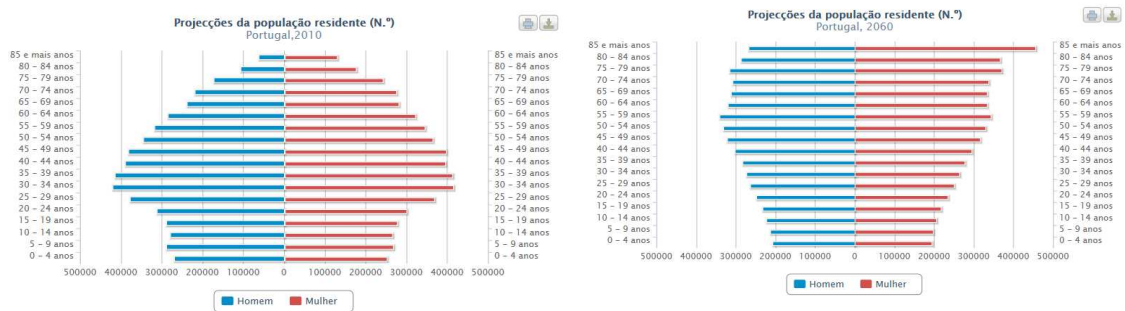
Portugal, nos últimos 50 anos, aumentou cerca de dois milhões de habitantes. Apesar deste aumento, os jovens com menos de 14 anos diminuíram, no mesmo período, cerca de um milhão (2468 milhares em 1955 e 1650 milhares em 2007) e as pessoas com mais de 65 anos aumentaram cerca de um milhão (627 milhões em 1955 e 1778 milhões em 2007). Um milhão de pessoas com mais de 65 anos substitui o milhão de jovens que se perdeu, em menos de meio século. (p.17)

A diminuição contínua das gerações mais jovens é e será uma constante irreversível nos próximos anos, bem como o aumento da população idosa, como se pode constatar nos Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1. Pirâmide de idades de Portugal em 1970



Fonte: Nazareth, 2009, p.53

Gráfico 2. Pirâmides de idades de Portugal em 2010 e 2050

Fonte: INE, 2012

Pelas pirâmides de idades apresentadas anteriormente, podemos verificar que, ao longo dos últimos anos e pelas projeções para os próximos anos, existe uma diminuição das crianças e jovens (0-14 anos) e da população ativa (15-64 anos) e o aumento de pessoas idosas (65 e + anos).

Segundo o INE (2011), o envelhecimento da população portuguesa é verificado praticamente em todo o território nacional. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas, esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%.

O envelhecimento demográfico parece ser um facto irreversível para os próximos anos, e o aumento do número de pessoas idosas vai ter assim enormes consequências económicas e sociais, pode tornar-se num encargo que a economia de um país pode não suportar, principalmente se as pessoas idosas se tornarem dependentes, tendência verificada nos últimos anos. Segundo o INE (2012), o índice de dependência de idosos passou de 24.7 em 2001 para 27.7 em 2010.

Pelas Figuras 1 e 2, que podemos observar em seguida, verificamos que o envelhecimento da população portuguesa irá continuar a agravar-se nos próximos anos, mesmo com a ligeira subida da fecundidade. Ocorrendo um duplo envelhecimento, na base da pirâmide

de idades com poucos jovens e cada vez mais velhos e no topo da pirâmide verificamos o aumento do número de idosos e o aumento da esperança média de vida.

Figura 1. Prospetiva do envelhecimento demográfico em Portugal por NUTS II (2007-2050)

	População 0-14 anos (%)			População 65 + anos (%)			Índice de envelhecimento		
	2007	2025	2050	2007	2025	2050	2007	2025	2050
NORTE	16	13	13	16	21	33	98	162	255
CENTRO	14	12	12	21	25	35	146	204	290
LISBOA	16	14	14	17	21	28	108	151	196
ALENTEJO	13	11	11	23	26	38	75	234	349
ALGARVE	15	13	13	18	21	30	123	166	228
AÇORES	19	16	13	13	17	28	68	106	212
MADEIRA	17	15	13	14	18	31	83	123	235
PORTUGAL	15	13	13	18	24	30	115	185	231

Fonte: Nazareth, 2009, p. 162

Figura 2. Prospetiva dos principais indicadores demográficos em Portugal por NUTS II (2007-2050)

	Esperança de vida (e_0 , H)			Esperança de vida (e_0 , M)			Descendência média		
	2007	2025	2050	2007	2025	2050	2007	2025	2050
NORTE	75	77	79	81	83	85	1,4	1,5	1,7
CENTRO	79	78	79	82	84	85	1,3	1,4	1,7
LISBOA	75	77	79	81	83	85	1,4	1,5	1,7
ALENTEJO	75	77	79	81	83	85	1,3	1,4	1,7
ALGARVE	75	77	79	82	83	85	1,4	1,5	1,7
AÇORES	74	76	79	80	82	85	1,6	1,6	1,7
MADEIRA	73	76	79	80	82	85	1,4	1,5	1,7
PORTUGAL	75	77	79	81	83	85	1,4	1,5	1,7

Fonte: Nazareth, 2009, p. 162

Neste contexto, Nazareth (2009), refere que:

Os efeitos de um processo de envelhecimento não são necessariamente todos negativos e só são preocupantes quando não foram previstos nem planeadas as suas consequências. Uma mudança de paradigma na sociedade pode proporcionar a emergência de um novo tipo de sociedade. O envelhecimento demográfico é um constrangimento, mas também pode ser um conjunto de oportunidades. (p.20)

Azeredo (2011) acrescenta referindo que “a participação dos idosos na sociedade e na economia de um país será vista como uma oportunidade que atingirá todo o cidadão” (p.26).

Segundo Nazareth (2009), temos que mudar o paradigma em relação aos idosos, renunciar à categorização dos 65 anos como sendo idosos, independentemente da sua condição de vida. Modificar a nossa concepção das idades de vida organizadas em três tipos de tempos: tempo para estudar, tempo para trabalhar e tempo para descansar. Eliminar a ideia de transição, em que os diversos tempos existem independentemente da idade.

Através de um simples acto administrativo, no espaço de um único dia, coloca-se uma pessoa no mundo da inutilidade e da dependência. Ao excluirmos da vida activa um crescente número de pessoas que o não desejam e que se sentem capazes de continuar a ser úteis para a sociedade, lançamo-las prematuramente na senilidade e aumentamos o problema da sustentabilidade do contrato existente entre as gerações. (Nazareth, 2009, p.183)

Tal como refere Azeredo (2011), devido ao aumento da população envelhecida começam a surgir novas questões desafiadoras tanto a nível internacional, nacional, local ou familiar ou mesmo dos próprios idosos. Para esta autora, “os idosos são assim, em relação à população activa, cada vez mais, levantando questões importantes sobretudo num estado de previdência, podendo levar à sua falência e criar situações económicas deficitárias se não forem tomadas medidas que contrariem esta tendência” (p.23).

Temos necessidade em pensar num envelhecimento autónomo, independente e com QV, devemos pensar num EA ao longo das diversas gerações.

3. ENVELHECIMENTO ATIVO - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA/ PROGRAMA

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura”.

(Kofi Annan, 2002, cit. por Magalhães, 2005)

Para conhecer a origem e o significado do conceito de EA, temos necessidade de recuar alguns anos. Recuamos então à data de 1946, com Sigerist que definiu quatro tarefas essenciais da medicina: Promoção da Saúde, Prevenção das Doenças, Recuperação dos Doentes, Reabilitação (Buss, 2000).

Mais tarde, em 1965, com Leavell e Clark, surge o modelo da história natural da doença, os três níveis de prevenção. Em que a promoção é um conjunto de intervenções direcionadas à eliminação permanente/duradoura da doença, através das suas causas mais básicas (Pignati, 2004).

No Canadá, em 1974, surge o Informe Lalonde, um moderno movimento de Promoção da Saúde, que utiliza o modelo de “campo de saúde” proposto por Laframboise em 1973, documento este que refere que a saúde é determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias: Biologia Humana, Ambiente, Estilos de Vida e Organização da Atenção à Saúde. Lalonde alertou que, até à data, os gastos na saúde centravam-se nos cuidados médicos, no entanto, era nas outras três componentes que se verificavam mais causas de morte (Becker, 2001).

Surge, em 1978, a I Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários, a Declaração de Alma Ata, onde é preconizado “Saúde para Todos no Ano 2000” (Buss, 2000).

Em 1986, surge a Carta de Ottawa, a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que significou e ampliou o conceito de promoção de saúde, incorporando a importância e o impacto das dimensões socioeconómicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde (Buss, 2000).

Segundo a OMS (1986), tal como refere Buss (2000), a Promoção da Saúde é como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. As estratégias de ação propostas pela Carta de Ottawa foram o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde.

A Carta de Ottawa foi o principal marco da promoção da saúde em todo o mundo. Posteriormente, seguiram-se outros documentos oriundos das diversas conferências internacionais (Adelaide – 1988; Sundsvall – 1991; e Jakarta - 1997), e de conferências regionais, como a de Santafé de Bogotá, em 1992 (Buss, 2000).

O termo EA surge na década de 1960 nos Estados Unidos da América, como um “Envelhecimento Bem-Sucedido” relativamente à atividade e sucesso financeiro, “quando se entende que em bem-sucedido existe uma conotação de bem-estar económico associado a uma exacerbação do individualismo” (Neri, 1995, p.34). No entanto, foi vítima de várias críticas visto que era uma abordagem idealista, com expectativa irrealista no envelhecimento individual para manter níveis elevados de atividade. Não considerava outros aspetos como: incapacidades, doença, fragilidade, relevância intercultural, obesidade, adição à droga e ao álcool ou inatividade, e fazia generalizações sobre o processo de envelhecimento (Neri, 1995).

Certamente que a ausência de doença ou incapacidade é um componente importante do envelhecimento bem-sucedido, no entanto, não é suficiente (Keong, 2010).

Surge, desta forma, na década de 1980, o termo “Envelhecimento Produtivo”, existindo a perspetiva de curso de vida, em que as pessoas idosas poderiam obter ganhos para além da usual idade de aposentação (Caro, Bass & Chen, 1993, cit. por Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto & Fonseca, 2006). As pessoas idosas podem ter o direito de escolher entre a aposentação ou continuar empregadas em tempo integral/parcial.

Segundo Paúl (2005), estes conceitos de envelhecimento tinham dificuldade operativa, na definição de padrões de sucesso. A autora refere que:

Cremos contudo obter consenso no sentido de estabelecer como resultados desejáveis para o processo de envelhecimento, seja a nível individual seja societário, a manutenção da autonomia senão física, pelo menos psicológica e

social do idoso, ou seja, a possibilidade de manter a capacidade de decisão e controlo sobre a sua vida, uma voz activa, em termos do seu meio próximo e da comunidade”. (p.277)

Surge uma grande preocupação de como as pessoas envelhecem, da sua QV, da capacidade de se manterem autónomas e independentes. Existiu uma canalização de atenção de governos e investigadores para a abordagem da problemática do envelhecimento, surgindo desta forma, em 1990, o Observatório Europeu do Envelhecimento e dos Idosos. Este define quatro áreas-chave de atuação: a questão da idade e do emprego; os rendimentos e padrões de vida; os cuidados de saúde e sociais e a integração social (Silva, 2008).

Em 1993, surge o Ano Europeu da Pessoa Idosa (Comissão Europeia), em que a preocupação-chave se centrou na discriminação etária contra os trabalhadores idosos na União Europeia (Silva, 2008).

Mais tarde, em 1999, o Ano Internacional da Pessoa Idosa (Nações Unidas) de onde resulta o comunicado da Comissão Europeia com as seguintes preocupações: a necessidade de se integrar, na gestão dos recursos humanos das empresas e nas políticas sociais dos Governos, a promoção da aprendizagem ao longo da vida, assim como a criação de novas oportunidades que contrariem a saída antecipada do mercado de trabalho dos trabalhadores mais velhos e a necessidade de proporcionar maiores garantias ao nível dos sistemas de segurança social através da implementação de taxas de atividade e emprego mais elevadas e de medidas de proteção social que respondam eficazmente às evoluções demográficas (Silva, 2008).

No ano 2000, surge o Conselho Europeu de Lisboa (Comissão Europeia) onde, relativamente à promoção do EA, é discutida a necessidade de atribuir os incentivos adequados, do ponto de vista legal e financeiro, para os trabalhadores trabalharem mais tempo e para os empregadores contratarem e manterem os trabalhadores mais velhos; aumentar a participação na aprendizagem ao longo da vida para pessoas de todas as idades e melhorar as condições de trabalho e a qualidade do emprego (Silva, 2008).

Em 2002, a OMS lançou um novo documento intitulado “Envelhecimento Ativo: um Marco Político”, surgindo desta forma o conceito “Envelhecimento Ativo”, que possui como domínios importantes de influência: direitos humanos, necessidades das pessoas idosas, resultados e desigualdades em saúde, culturas e determinantes sociais da saúde e doença. Refere que os governos e a sociedade civil, para lidarem melhor com o

envelhecimento, devem reunir esforços para políticas e programas que melhorem a saúde, a participação social e a segurança dos indivíduos em todas as fases da vida (Smethurst, 2005).

Rocha (2009) afirma:

...tem-se verificado uma mudança de discurso político como uma forma de resolver os prementes problemas da economia, em detrimento de uma concepção de envelhecimento activo que suporte práticas de educação que sejam susceptíveis de alargar o potencial humano das pessoas idosas sem as limitar, simplesmente, ao desempenho de tarefas de trabalho. (p.40)

Em 2005, a OMS apresentou uma estrutura política destinada ao EA, tendo por base os Princípios das Nações Unidas para Idosos: a independência, participação, assistência, autorealização e dignidade. A estrutura desta política requer ações em três pilares básicos: Saúde, Participação e Segurança, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3. Os três pilares da estrutura política para o EA



Fonte: Ribeiro e Paúl, 2011, p.3

Smethurst (2005) refere que "para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, deve vir acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e seguridade" (p.150). Desta forma, surge em 2004 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004), que assenta em três pilares fundamentais:

- Promoção de um EA ao longo de toda a vida (informar e formar as pessoas idosas sobre atividade física, estimulação das funções cognitivas, gestão do ritmo sono-vigília, nutrição, hidratação, alimentação, eliminação, manutenção de um EA);

- Maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades das pessoas idosas (informar a população idosa e famílias, orientar tecnicamente os prestadores de cuidados);
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes da autonomia e independência das pessoas idosas (informar as pessoas idosas, orientar tecnicamente os prestadores de cuidados).

Com a inversão da pirâmide etária, com o encurtamento da base da pirâmide (jovens) e o aumento do topo da pirâmide (idosos), envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível, constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, com tradução significativa no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2004).

Segundo a OMS (2005), o EA “é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p.13). A palavra “ativo” diz respeito “à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força de trabalho” (p.13).

Outra visão do EA é a de Rocha (2009), que refere que o EA assenta numa lógica economicista. Quantas mais pessoas idosas trabalharem, quantas menos existirem institucionalizadas, quantas mais se encontrarem nas suas casas a cuidarem dos seus netos, quanto mais as comunidades se envolverem em formas de solidariedade social para com as pessoas idosas necessitadas, menor serão os gastos do estado com as pessoas idosas.

Mas, em qualquer perspectiva, a interdependência e a solidariedade entre gerações são princípios importantes para o EA, visto que este ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família (DGS, 2004), pelo que o Parlamento Europeu aprovou “2012” como o “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações”, tendo como objetivo a criação de uma cultura de EA na Europa, baseada numa sociedade para todas as idades.

Segundo o Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu (2012), são objetivos do Ano Europeu:

- Sensibilizar a opinião pública para o valor do EA e das suas diversas dimensões e garantir que lhe seja atribuída uma posição destacada nas agendas políticas das partes interessadas a todos os níveis;

- Estimular o debate, proceder ao intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados Membros e as partes interessadas a todos os níveis;
- Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para todos os parceiros relevantes no plano europeu para a criação e implementação dessas políticas;
- Promover atividades que contribuam para lutar contra a discriminação em razão da idade.

Segundo a mesma fonte, o Ano Europeu 2012 abrange três dimensões do EA: o EA no emprego, a Participação na sociedade e a Vida independente.

Para a Dr^a Maria Joaquina Madeira, Coordenadora Nacional do “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações 2012”, para termos um EA existe uma fórmula que tem na sua constituição: sermos **curiosos** (querermos sempre aprender), sermos **móveis** (física e mentalmente, devemos exercitar o cérebro) e sermos **participativos** (sermos solidários, lutar contra a indiferença). Com estes três constituintes Envelhecemos Ativamente (Congresso Nacional Envelhecimento Ativo; Agir no Presente a Pensar no Futuro, Felgueiras, 2012).

Para Fernandes (1997), “a solidariedade natural entre gerações, espécie de seguro de vida apostado na geração seguinte e que constitui parte importante do património cultural, está comprometida por transformações sociais desencadeadas ao longo deste século” (p.59).

3.1. Determinantes do envelhecimento ativo

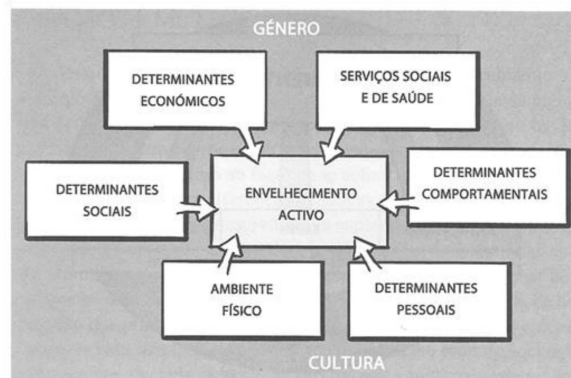
Segundo Ribeiro e Paúl (2011), o EA desenvolve-se durante toda a vida, sendo um processo construtivo e progressivo, que produz resultados diferentes para cada indivíduo, uma vez que cada um sofre os efeitos de várias determinantes ao longo da vida que o influenciam na forma como envelhece, sendo estas:

- Determinantes pessoais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos);
- Determinantes comportamentais (estilos de vida e participação ativa, consciente e responsável no cuidado da própria saúde);

- Determinantes económicos (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho);
- Ambiente físico (água, ar e alimentos);
- Determinantes sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso);
- Serviços sociais e de saúde (acessibilidade, qualidade).

Segundo a OMS (2005), todas estas determinantes, compreendidas numa perspetiva de género e cultura do indivíduo, vão influenciar a forma como cada um envelhece, como ilustra a Figura 4. O objetivo é perceber o contributo dos diversos fatores para um EA.

Figura 4. Determinantes do EA



Fonte: Ribeiro e Paúl, 2011, p.4

Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) corroboram e reforçam a ideia ao afirmarem:

O envelhecimento activo integra ainda a consideração do processo de envelhecimento no âmbito da cultura e do género, sublinhando a importância dos seguintes determinantes: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas. Espera-se que estes aspectos variem e contribuem com pesos diferentes para a satisfação de vida dos idosos, em diferentes contextos”. (p.77)

De acordo com Kirkood (2001) e Wight e colaboradores (2002), cit. por Smethurst (2005), a maneira como um indivíduo envelhece é resultado da conjunção de vários fatores como a natureza genética, ambiental, estilo de vida e nutricional. No entanto, o estilo de vida, a capacidade de lidar com determinadas situações e a rede de contactos sociais que os indivíduos possuem, podem alterar a influência da carga genética no declínio funcional e no aparecimento de doenças. Os autores referem mesmo que a capacidade de

aprendizagem e de memória ao longo dos anos tende a diminuir, processo natural que ocorre com o envelhecimento humano, mas que a presença de depressão, o consumo de álcool e medicamentos, a falta de motivação, a baixa expectativa, a falta de autoconfiança, e a solidão, são fatores que têm mais peso na perda de capacidades do que o processo de envelhecimento por si próprio.

Smethurst (2005) refere que o apoio social, as oportunidades de educação e educação contínua, a paz e a proteção face à violência e ao abuso, são fatores também estes fundamentais para melhorar a saúde e a participação à medida que as pessoas envelhecem. Weeks e James (1999), cit. por Smethurst (2005), acrescentam que os fatores psicológicos e cognitivos são fatores importantes para uma esperança de vida saudável e da longevidade.

Barry e Eathorne (1994), cit. por Mota (2008), referem que “muitas das alterações fisiológicas e funcionais dos idosos são mais o resultado da inexistência de uma estimulação suficientemente importante do que alterações atribuíveis ao envelhecimento per si” (p.20).

Referem também que as pessoas devem ser estimuladas, isto é, devem evitar ser sedentárias. Para que a pessoa idosa se mantenha fisiológica e funcionalmente bem, deve criar hábitos de atividade física, que a vai ajudar do ponto de vista fisiológico e psicológico, melhorando a sua saúde física e mental, bem como os contactos sociais, levando esta a obter uma melhor QV.

Veríssimo (1999) reforça esta ideia afirmando que “a actividade física, minorando a perda da capacidade funcional, quer física, quer mental, pode contribuir para prevenir um dos maiores problemas do envelhecimento, que sendo consubstanciado na perda de autonomia e independência, representa uma das principais causas de degradação da qualidade de vida do idoso” (p.121).

Segundo Fernandes (2010), outro tipo de exercício muito importante nas pessoas idosas é o exercício intelectual. A falta de estimulação do pensamento tem efeitos devastadores, em todas as atividades que desempenhamos existe o uso da memória. A autora refere, ainda, que além do envelhecimento físico e mental existe o social, a perda do estatuto profissional, a perda do poder económico, sendo estes causadores do afastamento e

isolamento dos idosos, e para que isto não aconteça o idoso deve manter a sua participação social e fortalecer as suas relações pessoais.

Outro aspeto não menos importante para um EA com QV é ter uma alimentação saudável, pois como refere Fernandes (2010) “a nutrição desempenha um papel fundamental no aumento da longevidade, no bom estado de saúde e na prevenção das doenças degenerativas” (p.31).

Levet (1995), cit. por Fernandes (2010), refere:

...para que o ser humano obtenha uma velhice bem sucedida, é necessário todos os responsáveis (sociedade) apoiarem, ou seja, facilitar o acesso dos idosos a actividades culturais e fomentar, entre eles, o emprego criativo do tempo livre de uma educação para o ócio, melhorando a sua qualidade de vida e a capacidade de se sentirem úteis. Ao mesmo tempo, devem promover uma cultura de participação e de solidariedade”. (p.56)

Segundo a OMS (2002) e Jönsson (2003), tal como referido por Smethurst (2005), deveria pensar-se mais na capacitação em vez da incapacitação. Muitos setores, tanto individuais como coletivos, deveriam pensar em políticas e programas que capacitem os mais velhos a um convívio na sua comunidade, tais como:

- Ambientes de trabalho sem obstáculos ou com adaptações, horários e jornadas de trabalho flexíveis;
- Vias públicas bem iluminadas com calçadas planas e bem conservadas, banheiros públicos acessíveis e semáforos que dêem mais tempo para os idosos atravessarem as ruas;
- Programas públicos de exercício e reabilitação que ajudem ao envelhecido manter ou recuperar sua aptidão física;
- Programas de alfabetização e de formação continuada durante toda a vida;
- Programas de acesso a tecnologias assistivas auditivas, visual e locomotora;
- Efectivação dos princípios da acessibilidade universal em prédios e logradouros;
- Planos de créditos e acesso a oportunidades de negócios;
- Políticas de apoio aos cuidadores de idosos, especialmente aqueles que prestam serviços informais e voluntariados. (p.154)

Para Smethurst (2005), o EA:

...depende de uma diversidade de determinantes que rodeiam as pessoas, as famílias e as sociedades. Estas determinantes, transversais, infraestruturais e atitudinais, interferem na qualidade de vida de todos os grupos etários, não só das pessoas de idade avançada. Isso significa que qualquer esforço no sentido de promover o envelhecimento activo resultará em efectiva melhoria na qualidade de vida de todos. (p.151).

Desta forma, verificamos que os conceitos EA e Qualidade de Vida estão interligados.

4. QUALIDADE DE VIDA

“A Ciência resolveu o problema do prolongamento da vida, mas agora é necessário resolver o da velhice com qualidade de vida”.

(Azeredo, 2002)

A QV é um fenómeno complexo que varia ao longo dos tempos e varia conforme o indivíduo, os locais e as condições económicas e sociais que nos rodeiam. Mais que isso, varia para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo, em função de estados emocionais, portanto é um conceito muito subjectivo.

Após a 2ª Guerra Mundial, o conceito “Qualidade de Vida” referia-se à conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, aparelhos eletrónicos (televisão, rádio, máquina de lavar, entre outros), ter aplicações financeiras, poder viajar, e outros. Com o decorrer dos anos, o conceito ampliou-se, para além do crescimento económico, começou a abranger também o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual).

Neri (2004), subscreve Birren e Dieckman, ao referir que:

...a qualidade de vida é um termo que se refere à avaliação das circunstâncias da vida de um indivíduo, grupo ou população. O conceito de qualidade de vida é complexo e abrange muitas características dos ambientes social e físico, assim como da saúde e do estado interno dos indivíduos. Há dois enfoques à medida de qualidade de vida: um é baseado em autopercepções subjectivas ou internas e o outro em medidas objectivas, baseadas em julgamentos externos. (p.5)

Verifica-se que a QV possui duas componentes principais, uma subjectiva (ou psicológica), que depende da percepção de cada indivíduo, e outra objectiva (ou social, económica, política e ambiental).

Como refere Paúl (2005):

... os conceitos abrangentes do tipo “guarda chuva” como o da Qualidade de Vida, apontam para a necessidade de considerar os aspectos valorizados pelos idosos para o bem-estar global como sejam a saúde, mas também a satisfação de vida e bem-estar psicológico, bem como a satisfação com o ambiente social e físico em que estão inseridos. (p.277)

Segundo a OMS (2005), a QV é:

...a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente. (p.14)

Neste sentido, deve ter-se em atenção que a percepção da QV varia de indivíduo para indivíduo, de contexto para contexto, revestindo aspetos dos mais materiais aos mais espirituais, tal como varia o envelhecimento e a forma como ele é vivido. Assim, têm surgido vários instrumentos específicos capazes de avaliar, de forma individual e específica, a QV. Segundo Camposa e Neto (2008), os mais frequentemente utilizados no mundo são os seguintes: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profile* (NHP), *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ), *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS), *The Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), o *World Health Organization Quality of Life Measures* (WHOQOL-100), entre outros.

4.1. Qualidade de vida da pessoa idosa

Em todo o mundo se verifica o aumento do número de pessoas idosas. É importante que a população idosa não só viva mais tempo, mas viva melhor e com melhores condições de vida. É, ainda, importante perceber se as pessoas idosas vivem com QV.

Os enfermeiros têm tentado procurar cada vez mais soluções para conseguir minimizar ou, se possível, evitar os efeitos menos bons do envelhecimento na QV das pessoas idosas, pois sabe-se que apesar da maioria dos indivíduos desejar viver cada vez mais tempo, o envelhecimento caracteriza-se por um conjunto de alterações, que pode implicar a diminuição da QV das pessoas idosas, tais como as limitações físicas, as vivências do luto, a perda de papéis sociais, os problemas económicos, a solidão, a diminuição da autoestima, entre outros.

É neste sentido que tem surgido um interesse crescente pela temática da QV, relativamente ao papel do enfermeiro. O artigo 80 do Código Deontológico dos enfermeiros refere: “cabe aos enfermeiros salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência

física, psíquica, social e auto-cuidado, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida” (DL nº 104/98, de 21 de abril).

Segundo Jaques (2003):

O envelhecimento das sociedades tem constituído uma preocupação das últimas décadas e alvo do interesse de estudiosos (e dos governos), porque não interessa apenas acrescentar anos à vida, vivendo mais. É necessário dar vida aos anos e vida de qualidade. Proporcionar uma vida longa e com mais saúde é responsabilidade de todos e de cada um, especialmente dos que trabalham na área da saúde e social. (p.14)

A questão da QV revela ser uma das dimensões da vida humana desejada e perseguida por todos os indivíduos, desde o nascimento até à morte. (Hortelão, 2004). Envelhecer bem, ter uma boa velhice, prolongar a juventude e retardar a morte, têm sido ideais permanentes do ser humano.

Neri (1999), cit. por Azeredo (2002), define assim a QV na velhice:

...é um constructo sócio-psicológico e processual que reflecte formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes da adaptação a condições de vida culturalmente reconhecidas que a sociedade oferece aos seus idosos”, ou seja é o “resultado de um processo contínuo de mudança no indivíduo e numa unidade sócio-cultural em que se desenrola a sua história pessoal. (p.180)

Segundo Trentini (2006), referindo-se a Lawton (1991), “a qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (p.22). O autor refere que a QV da pessoa idosa está dependente de vários fatores que estão em interação constante ao longo da vida, pelo que a sua avaliação deve incidir sobre quatro áreas sobrepostas e interrelacionais: Bem-estar psicológico, QV percebida, Competência comportamental, Condições ambientais, das quais depende a funcionalidade da pessoa idosa, como se verifica na Figura 5.

Figura 5. Representação esquemática do modelo de QV na velhice (Lawton, 1991)



Fonte: Trentini, 2006, p.22

Jaques (2003) refere, ainda, que existem certas medidas que irão favorecer uma vida longa, ativa, com autonomia e com qualidade, designadamente:

1. Criar e incentivar novos estilos de relações sociais, fazendo novos amigos, evitando o ócio, mantendo contactos sócio afectivos e/ou interventivos dentro da realidade do seu meio, utilizando todos os seus atributos pessoais e sociais, assumindo em pleno gozo da cidadania;
2. Estimular as relações familiares (ou de amigos) para os que se sentem mais sós;
3. Manter e dinamizar a actividade intelectual com leituras, estudo, distração e lazer;
4. Promover e fazer exercícios variados e adequados à idade, evitando a vida sedentária;
5. Contactar com a Natureza, aproveitando tudo de bom que a mesma oferece;
6. Participar, se possível, na escolha e preparação de uma alimentação equilibrada, fomentando refeições ligeiras e mais frequentes; experimentar e partilhar receitas com os mais novos;
7. Evitar os possíveis riscos: quedas, abusos ou hábitos nocivos, inactividade e outros;
8. Fazer controlo de saúde periódico para prevenção, diagnóstico atempado e tratamento eficaz. (p.16)

A mesma autora refere também que “parar é, efectivamente, acelerar a morte ... trabalhar durante mais tempo pode constituir um meio importante de melhorar a qualidade de vida numa vida mais longa” (p.16).

Segundo um estudo realizado no Reino Unido, por Bowling, Manister e Sutton (2003), referido por Paúl *et al.* (2005), sobre QV na população idosa, verificaram-se que os aspetos mais valorizados pelos idosos a residir na comunidade eram: “ter boas relações com a família e os amigos”; “desempenhar papéis sociais, como voluntariado e hobbies”; “ter boa saúde e funcionalidade”; “viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança”; e “ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência”.

Guimarães (2010) refere que para podermos envelhecer com qualidade devemos aprender com os animais: ser ativo como um filhote (cachorrinho), ser curioso, lúdico e brincalhão; alimentar-se como um macaco, comer frutas e vegetais em abundância, nada de *fast food*; descansar como um gato, dormir bem e aprender a descansar a mente; ter disciplina como um camelo, não desistir da viagem da vida no meio do caminho, ser disciplinado na alimentação e na prática de atividades físicas; ter autonomia como um pássaro, viver em grupo, mas preservar a capacidade de escolher e decidir; ser alegre como um golfinho, o bom humor faz bem, devemos rir sempre que pudermos; ser fiel como um cão, ser fiel aos sonhos, às necessidades sociais, aos amigos, a quem se ama; ter músculos como um leão, fazer atividades físicas, manter-se ativo e exercitar os seus músculos; não ser como a preguiça, não deixar o desânimo tomar conta da vida; e, finalmente, não ser coruja, fugir da escuridão, iluminar a vida, participar.

5. REDES SOCIAIS DE APOIO À PESSOA IDOSA – CENTROS DE DIA/CONVÍVIO

“O Papel das redes sociais no processo de envelhecimento refere-se ao seu efeito protector de evitar o stress ou efeito de “almofada” que amortece o stress associado ao envelhecimento”.

(Paúl, 2005)

A rede social, segundo Martins (2005) “refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transaccionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa” (p.133).

Segundo o mesmo autor, pode dividir-se as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grandes grupos: as redes de apoio formal, que se incluem os serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia, Centros de Convívio), e as redes de apoio informal, onde estão incluídos, por um lado, as famílias do próprio idoso e, por outro, os amigos e os vizinhos.

Segundo Lin (1986), cit. por Guiomar (2010), o suporte social tem um conjunto de funções que podem ser agrupadas em duas grandes dimensões: as funções instrumentais, que se referem às relações sociais como um meio para se alcançar objetivos ou metas, tais como conseguir um trabalho; e as funções expressivas, que se referem como o meio para que o indivíduo satisfaça as suas necessidades emocionais, tais como sentir-se amado, sentir-se valorizado, ser aceite pelos outros.

Guiomar (2010) refere que “a existência de uma rede de suporte social adequada e equilibrada parece constituir um factor de protecção do desenvolvimento individual em todo o ciclo vital particularmente em idade avançada” (p.9).

Segundo a Carta Social (Ministério do Trabalho e da Segurança Social [MTSS], 2012), os serviços de resposta social existentes para os idosos são o Serviço de Apoio Domiciliário, o Centro de Convívio, o Centro de Dia, o Centro de Noite, o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, a Residência e o Lar de Idosos.

Na velhice, a pessoa idosa sofre mudanças e transformações, a que nem sempre é fácil conseguir adaptar-se. A sua participação social pode ficar comprometida se não tiver uma rede de apoio social adequada que lhe preste o apoio necessário. A permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interação com as pessoas que lhe são mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa, no entanto, a alteração na estrutura familiar, as habitações desadaptadas às necessidades dos idosos e degradadas e os problemas de saúde, levam os idosos a recorrer cada vez mais a Centros de dia/Centros de convívio.

Segundo Arantes (2003):

...o apoio prestado ao idoso pela família tende a diminuir, não significando com isso que a família o abandona. A vida familiar também sofreu grandes alterações. A redução do número de filhos, a emancipação da mulher, a maior mobilidade geográfica e a maior longevidade são alguns dos factores responsáveis por essa mudança. (p.63)

Azeredo (2011) refere que o aumento de longevidade trouxe um aumento de incapacidades e um aumento de pessoas sem família. Verificamos que existe cada vez mais idosos sem retaguarda familiar, mas que ainda têm suficiente autonomia para se irem mantendo em casa sozinhos, desde que tenham algum tipo de ajuda.

Em Portugal, entre 1976 e 1985, surgiu uma nova política da terceira idade com um novo modelo de gerir a velhice, tendo como princípio manter as pessoas idosas no seu domicílio, partindo do pressuposto de que é possível retardar o envelhecimento físico e mental através de diferentes atividades culturais, recreativas e desportivas, tendo como objetivo uma velhice autónoma e ativa.

Assim, foram criados centros de dia, de apoio domiciliário, centros de convívio, e verificou-se a alteração dos asilos em lares (Veloso, 2008). Os Centros de dia/Centros de convívio possuem um papel importante, visto que podem integrar doentes crónicos. Possuem uma função de proteção de dia em relação aos indivíduos dependentes, e também um centro de ocupação que tem como finalidade manter ou mesmo melhorar o estado das pessoas idosas. Segundo a Carta Social (MTSS, 2012), os Centros de dia são “uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio socio-familiar”, e os Centros de convívio são a “resposta social, desenvolvida em equipamento,

de apoio a actividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade”.

Sancho (1996, 1999), cit. por Teixeira (2008), define o centro de dia como um recurso de apoio familiar que oferece durante o dia atenção necessária com vista a apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e socioculturais das pessoas idosas com diferentes graus de dependência, promovendo a autonomia e a permanência em contexto domiciliar.

O objetivo principal de um centro de dia é manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, tendo como áreas de intervenção a manutenção da saúde, as atividades de vida diária (AVD's) e a interação social (Teixeira, 2008). No entanto, este autor refere que Castiello (1996) destaca, de modo mais aprofundado, os principais objetivos dos centros de dia, a saber:

- Recuperar ou manter ao máximo o grau de autonomia individual que permitam as potencialidades do indivíduo;
- prevenir o incremento da dependência através da realização de intervenções reabilitadoras;
- ser um meio facilitador do desenvolvimento de relações e actividades sociais gratificantes para o sujeito;
- retardar as institucionalizações precoces e indesejadas;
- promover a permanência do indivíduo no seu meio;
- proporcionar a realização de actividades básicas da vida quotidiana fornecendo apoio ao adulto idoso, assim como aos elementos pertencentes ao seu núcleo familiar; e por último,
- melhorar e manter o nível de saúde aos utilizadores através do controlo e prevenção. (p.3)

Para Veloso (2008), os centros de convívio surgiram numa política de integração das pessoas idosas no seu meio social, tendo como objetivos: *i)* Fomentar o convívio; *ii)* Oferecer actividades recreativas; *iii)* Oferecer refeições ligeiras; *iv)* Oferecer informações sobre cuidados de saúde.

Azeredo (2011) refere que os Centros de dia, apesar de serem muito frequentes no nosso país e possuírem uma grande adesão, não têm evoluído ao longo dos anos, centrando a sua ação principal na satisfação das necessidades básicas da pessoa idosa. Refere que os Centros de dia devem canalizar a sua intervenção na promoção da QV, estando os profissionais mais sensibilizados nas situações de sofrimento psicológico e no encaminhamento adequado. Há necessidade de existirem equipas diferenciadas e multiprofissionais para que, trabalhando em conjunto, reforcem a autonomia da pessoa idosa, evitando desta forma a sua institucionalização.

6. O PAPEL DO ENFERMEIRO MESTRE EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO

“Não é a prática que ensina...é a reflexão sobre a prática”.

(Zheichner, 1993)

O Programa Nacional das Pessoas Idosas (DGS, 2004) refere que é desejável que o envelhecimento da pessoa idosa seja de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. O EMEC possui uma intervenção fulcral para que as pessoas idosas tenham acesso aos serviços de saúde e de apoio social, para que se possam adaptar às novas realidades sociais e familiares que os acompanham neste processo de envelhecimento individual e coletivo, bem como ajudá-las a ultrapassar obstáculos que surgem nesta fase da vida.

Franco (2009) refere que:

Actualmente o enfermeiro comunitário adopta um papel de relevo, por assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades reais de saúde das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dado destaque para as actividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade. (p. 1)

O EMEC deve ter como foco de atenção as determinantes comportamentais, a promoção da saúde e os cuidados de prevenção, tais como uma boa nutrição, a cessação/redução do consumo de tabaco, o consumo adequado de bebidas alcoólicas, a prática regular de atividade física, o convívio intergeracional, o controlo de fatores que provocam stress, isto é, os estilos de vida saudáveis e uma atitude participativa aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a QV das pessoas idosas, fundamentais para se viver mais anos e com mais saúde.

Segundo Bayle (2004), podem ser delineados vários eixos de trabalho, quer a nível individual, quer a nível coletivo, para um bom envelhecimento, nomeadamente:

- Promoção de saúde e prevenção de doenças visando a modificação do comportamento das populações de forma a diminuir o envelhecimento patológico;
- A nível de saúde pública, sabemos que tratar a hipertensão arterial, não fumar e ter uma actividade física, contribuem para prevenir os acidentes vasculares cerebrais; utilizar os óculos de sol diminui os problemas de catarata e outras patologias oculares; o tratamento hormonal de substituição na menopausa evita um certo

número de doenças. A hormona anti-envelhecimento talvez traga um dia melhorias a nível do funcionamento fisiológico que permita dar ao Homem um melhor conforto de vida;

- A nível psicológico é necessário sensibilizar a população, após a reforma, para que invista em novas áreas, novas representações, sobretudo de si próprio, de forma a desinvestir pretensões anteriores e investir novas à medida das suas capacidades, para que não fique mentalmente paralisado com a perda de juventude e o medo da morte que se aproxima;
- A nível social, motivar o idoso para outras ocupações quer intelectuais, sociais e físicas e salientar o benefício do desporto e a sua consequente melhoria da condição física e da saúde em geral. (p.623)

O EMEC deve provocar a mudança de mentalidades e de atitudes face ao processo de envelhecimento e, para com as pessoas idosas, deve fomentar uma intervenção intersetorial que promova a adaptação e suporte as principais necessidades das pessoas idosas.

Azeredo (2011) refere que “...há necessidade de investir na promoção da saúde, na prevenção da doença e na formação, ao longo da vida” (p.29), para podermos ter “...idosos não dependentes, capazes de desempenhar um papel activo que contribua para uma estabilidade económica” (p.29).

Existem inúmeras oportunidades que o EMEC pode aproveitar para contribuir para a promoção de um EA e, desta forma, aumentar a QV e o bem-estar das pessoas idosas, bem como promover uma melhor integração da pessoa idosa nos vários contextos em que se insere.

“A enfermagem comunitária ... desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade Tendo sido reconhecido, nos últimos anos o papel determinante dos cuidados de saúde primários com ênfase na capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica” (Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro, p.1).

Ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo, O EMEC procura assumir a responsabilidade de ir ao encontro das suas necessidades de saúde, estando este em constante envelhecimento. Centra a sua atuação nas atividades de educação em saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que fazem parte de uma determinada comunidade. Incorpora uma visão holística e contextual da pessoa/família, o

que potencializa a adequação de respostas face à especificidade dos problemas encontrados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O EMEC deve, desta forma, implementar projetos e programas de promoção da saúde, com o objetivo de que as pessoas idosas envelheçam preservando a sua dignidade e capacidade para uma vida autónoma, independente e produtiva, mantendo ou aumentando desta forma a sua QV.

“Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação “ empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

As pessoas idosas são uma mais-valia para a sociedade, para que todos possam crescer com a sabedoria e experiência de vida destes, sejam um exemplo para os mais jovens e não uma ameaça.

CAPÍTULO II

PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento foi usado, inicialmente, em setores económicos, só depois foi sendo progressivamente usado nos setores sociais. Mais tarde, sentiu-se a necessidade de se implementar na área da saúde. Em 1977, na 3ª Assembleia Mundial, a OMS proferiu que “...este instrumento, que denominamos de ‘Planeamento em Saúde’, oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objectivos de saúde, mas também de os traduzirem numa acção correcta de desenvolvimento no domínio da saúde...” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23).

Em 1978, na Conferência em Alma-Ata, a OMS recomendou que “os governos aperfeiçoem a estrutura administrativa e apliquem, em todos os níveis, métodos apropriados de gestão para planearem e porem em prática os cuidados de saúde primários” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.23).

A metodologia de planeamento assenta numa análise multissetorial de uma comunidade, com a coordenação entre os vários níveis (local, regional) e o envolvimento no processo das várias partes interessadas (políticos, técnicos, e representantes da população). O planeamento da saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, mas requer, igualmente, o envolvimento dos setores económicos e sociais quando condicionam a saúde da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste contexto, estes autores definem o planeamento da saúde como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos” (p.23).

O planeamento em saúde procura saber o estado de saúde para desenvolver acções de promoção de saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990). O Planeamento em saúde é um processo que possui várias etapas, sendo elas, diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação, sendo este um processo contínuo e dinâmico, visto não se poder considerar nenhuma etapa como concluída porque numa fase seguinte pode ser necessário voltar atrás e recolher mais informações (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para nós o Planeamento em saúde pode ser um processo desenvolvido em espiral pois quando se faz a avaliação este poderá ser o início de novas etapas de planeamento.

O conhecimento destas etapas facilita corretas intervenções, permitindo a elaboração de eficientes projetos, quer vocacionados para problemas de saúde, quer para problemas dos serviços (Tavares, 1990). É uma metodologia que otimiza recursos dando resposta as necessidades da comunidade.

O planeamento em saúde tem como finalidade organizar grandes ações (programas), a fim de obter uma melhoria do estado de saúde da população.

O nosso trabalho é realizado em função do planeamento em saúde e tem como objetivo **“Promover o EA nas pessoas idosas, com idades iguais ou superiores a 65 anos, que frequentam os Centros de dia/Centros de convívio do concelho de Felgueiras”**.

De seguida, explicaremos cada uma destas etapas e como as aplicaremos no presente estudo.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O processo de envelhecimento acarreta, muitas vezes, para as pessoas idosas, situações de fragilidade e de incapacidades que podem e devem ser prevenidas. É necessário capacitar as pessoas idosas para que estas fomentem as suas capacidades, com o intuito de minimizarem a sua dependência, melhorarem a sua QV, obtendo desta forma um EA.

Mas, para podermos atuar, é necessário procurar os problemas, neste caso, nas pessoas idosas, pelo que temos de realizar o diagnóstico da situação.

O diagnóstico de situação é a primeira etapa do planeamento da saúde, tendo como objetivo geral o conhecimento da comunidade relativamente às suas necessidades, aos seus problemas, aos fatores e grupos de risco e às suas próprias potencialidades e vulnerabilidades. Deve incluir algumas fases essenciais ao seu desenvolvimento, desde a identificação dos problemas existentes na população em estudo, bem como a evolução prognóstica dos problemas, ao estudo da rede de causalidade dos problemas e, finalmente, à determinação das necessidades, de forma a verificar a diferença entre o estado atual e o desejado (Tavares, 1990).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades de saúde da população. A concordância entre o diagnóstico e necessidades determina a pertinência do plano, programa ou atividade. “O diagnóstico da situação da saúde funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades” (p.44). Este deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, claro, rápido e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993).

O nosso diagnóstico de situação foi realizado nas pessoas idosas que frequentam os Centros de dia/ Centros de convívio do concelho de Felgueiras e decorreu entre 1 de outubro e 16 de novembro de 2012, tendo como objetivo geral **“identificar problemas de saúde das pessoas idosas que frequentam os Centros de dia/Centros de convívio em estudo, do concelho de Felgueiras”**.

Foram delineados como objetivos específicos tendo como alvo a população idosas frequentadora dos Centros de dia / Centros de convívio do concelho de Felgueiras:

- Caracterizar as condições sociodemográficas das pessoas idosas;
- Conhecer os hábitos alimentares das pessoas idosas;
- Conhecer os hábitos de sono e vigília das pessoas idosas;
- Identificar hábitos nocivos das pessoas idosas;
- Conhecer a acessibilidade das pessoas idosas aos serviços de saúde;
- Identificar as doenças que mais afetam as pessoas idosas;
- Identificar as condições de terapêutica das pessoas idosas;
- Conhecer hábitos de atividade física das pessoas idosas;
- Avaliar a segurança das pessoas idosas;
- Mensurar o nível de dependência das pessoas idosas;
- Conhecer a QV das pessoas idosas;

Para a realização deste estudo, foi necessário conhecer o contexto social em que as pessoas idosas estavam inseridas, pelo que procedemos seguidamente a uma breve caracterização do concelho de Felgueiras.

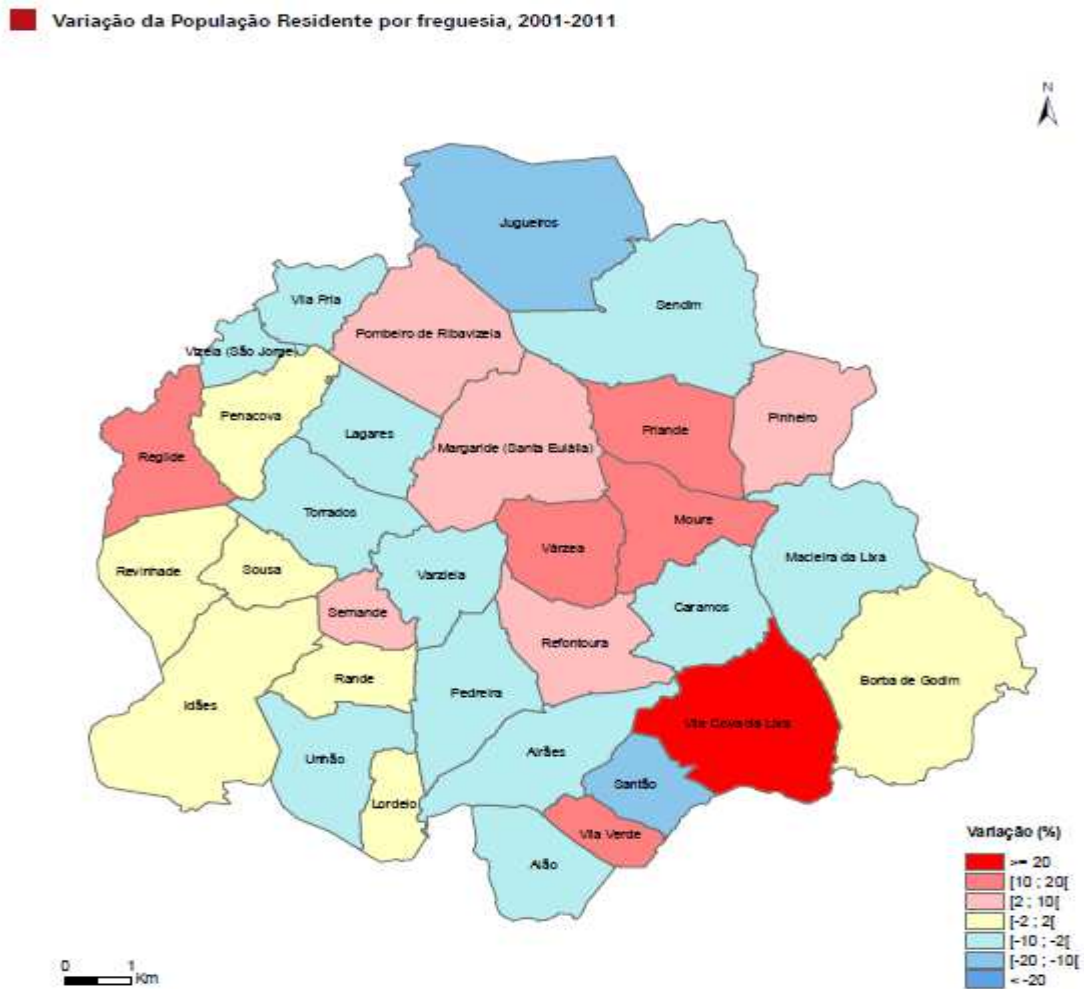
1.1. Caracterização do concelho de Felgueiras

O concelho de Felgueiras pertence ao distrito do Porto, ficando a cerca de 62 Km deste, encontra-se localizado na região do Vale do Sousa, abrangendo uma área de cerca de 116 Km². Tem um clima que se caracteriza pelos invernos longos, de cariz húmido, e verões breves e moderados.

Felgueiras é limitado a norte por Fafe, a poente por Guimarães e Vizela, a sul por Lousada, a noroeste por Celorico de Basto e a sudeste por Amarante.

Felgueiras possui 33 freguesias, como podemos observar na Figura 6.

Figura 6. Variação da população residente por freguesia, 2001-2011



Fonte: INE, 2012

A população residente em Felgueiras é de 58.895 (INE, 2011), sendo a distribuição da população não homogénea. Os maiores níveis de concentração populacional ocorrem na freguesia de Vila Cova da Lixa. A maioria da população de Felgueiras encontra-se em idade ativa, considerando-se, por isso, um concelho jovem, como podemos constatar na Figura 7.

Figura 7. População residente (N.º) em Felgueiras por ciclos de sexo e grupo etário

Período de referência dos dados	Local de residência (à data dos Censos 2011)	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal (1)															
		Sexo															
		HM					H					M					
		Grupo etário															
		Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º		
2011	Felgueiras	58 065	9 969	8 211	32 487	7 398	28 094	5 127	4 118	15 698	3 151	29 971	4 842	4 093	16 789	4 247	

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Nota(s):
(1) Dados Provisórios

Última atualização destes dados: 07 de dezembro de 2011

Fonte: INE, 2012

No entanto, a par do que vem sucedendo em todo o país, a taxa de natalidade e fecundidade nos últimos anos tem registado uma tendência claramente decrescente. A taxa de natalidade de Felgueiras desceu de 13.7 em 2001 para 8.5 em 2010, bem como a taxa de fecundidade que passou de 48.6 em 2001 para 30.9 em 2010, tendo estas vindo a descer gradualmente (INE, 2012).

Verificamos uma tendência generalizada para o envelhecimento da população no concelho de Felgueiras. O índice de envelhecimento tem vindo a subir, passando de 44.7 em 2001 para 67.6 em 2010, sendo 74.2 em 2011. O que tem vindo também a acompanhar o índice de envelhecimento é o índice de dependência das pessoas idosas, que nos faz refletir sobre a necessidade de população envelhecer independentemente, passando de 14.6 em 2001 para 16.7 em 2010, sendo de 18.2 em 2011 (INE, 2012).

Relativamente ao setor de atividade preponderante, é o secundário que, segundo a Câmara Municipal de Felgueiras (2012), ronda os 70%. O setor terciário continua a crescer e o setor primário está em regressão. O terreno é um pouco irregular, no entanto, é uma zona agrícola fértil, onde os seus habitantes se dedicam a cultivar principalmente o milho, o centeio, a batata, o linho e sobretudo o vinho verde.

A pecuária assume também um papel importante, com um especial destaque para o setor leiteiro da Cooperativa Agrícola de Felgueiras.

A indústria reparte-se pela indústria de laticínios, de têxteis e confeções, de metalomecânica e de calçado, sendo Felgueiras um exportador nacional de calçado.

Com a Figura 8, verificamos quais são as profissões maioritárias no concelho de Felgueiras em 2001.

Figura 8. População empregada em Felgueiras por profissões

Período de referência dos dados	Profissão	População empregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001) e Profissão; Decenal	
		Local de residência (à data dos Censos 2001)	N.º
2001	Total		27 790
	Membros das forças armadas		43
	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas		1 875
	Especialistas das profissões intelectuais e científicas		611
	Técnicos e profissionais de nível intermédio		1 163
	Pessoal administrativo e similares		2 069
	Pessoal dos serviços e vendedores		2 261
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		785
	Operários, artífices e trabalhadores similares		12 317
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem		3 591
	Trabalhadores não qualificados		3 075

População empregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001) e Profissão; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Última atualização destes dados: 31 de maio de 2007

Fonte: INE, 2012

Como podemos observar nesta figura, a maioria das profissões da população de Felgueiras são de operários, artífices e trabalhadores similares, pertencentes ao setor secundário, correspondendo a quase metade da população.

A maioria da população de Felgueiras tem um nível de escolaridade baixo (Figura 9).

Figura 9. Nível de Escolaridade mais elevado completa em Felgueiras

Nível de escolaridade mais elevado completo	Sexo	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Nível de escolaridade mais elevado completo; Decenal (1)
		Período de referência dos dados
		2011
		Local de residência (à data dos Censos 2011)
		Felgueiras
N.º		
Total	HM	58 065
	H	28 094
	M	29 971
Básico - 1.º ciclo	HM	18 213
	H	8 975
	M	9 238
Básico - 2.º ciclo	HM	10 300
	H	5 649
	M	4 651
Básico - 3.º ciclo	HM	9 097
	H	4 639
	M	4 458
Secundário	HM	5 691
	H	2 544
	M	3 147
Pós-secundário	HM	390
	H	226
	M	164
Superior	HM	2 927
	H	964
	M	1 963

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Nível de escolaridade mais elevado completo; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Nota(s):
(1) Dados Provisórios

Última atualização destes dados: 07 de dezembro de 2011

Fonte: INE, 2012

Segundo a Câmara Municipal de Felgueiras (2012), o desemprego tem vindo a tomar proporções alarmantes, lembrando que no ano de 2001 eram quase irrelevantes.

1.2. Metodologia de estudo

A enfermagem necessita de uma base de conhecimentos sólida para orientar a sua prática, para aperfeiçoar os seus conhecimentos, com o intuito de obter maior eficácia nas suas intervenções “o conhecimento Científico”.

Segundo Gil (2006), para que o conhecimento seja científico, é necessário identificar as operações mentais e técnicas que possibilitam a sua verificação, determinar qual foi o método utilizado, sendo o método “um caminho para se chegar a determinado fim” (p.26) e o método científico como “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento” (p.26).

Para a concretização dos objetivos atrás definidos, recorreremos a um estudo descritivo, exploratório, de carácter quantitativo. Descritivo, tendo este como objetivo descrever as características de uma população, de um fenómeno ou das relações entre as variáveis (Gil, 2006), exploratório, porque pretendemos estudar um grupo populacional sobre o qual não se tem um conhecimento aprofundado sobre o que queremos estudar (Gil, 2006). A nível temporal, trata-se de um estudo transversal, por “medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p.252) e ter decorrido no período de 1 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013.

Os estudos transversais possuem como vantagem tirar conclusões num dado momento, não ter que existir um período de seguimento do estudo, tornam-se desta forma estudos mais rápidos e mais baratos.

1.2.1. População alvo e amostra

O Estágio de Planeamento em Saúde foi realizado na UCC de Felgueiras, opção realizada pelos elementos do grupo por esta ser uma Unidade de Saúde criada a partir da reestruturação dos cuidados de saúde primários, tendo como campo de atuação a “comunidade”, ser uma localidade que apesar de jovem, a sua população tem vindo a envelhecer significativamente, e a sua localização ser mais acessível por todos os elementos do grupo.

Foi opção do grupo identificar problemas de saúde das pessoas idosas do concelho de Felgueiras, visto que o número de pessoas idosas tem vindo a aumentar, havendo necessidade de se promover um envelhecimento ativo, prevenindo problemas de saúde, como já descrito anteriormente. Mas devido aos recursos existentes e ao pouco tempo, dirigimos a nossa atuação às pessoas idosas que frequentam os Centros de dia/Centros de convívio do concelho de Felgueiras.

Foi possível conhecer a nossa população alvo através do pedido de uma lista de todas as instituições com a valência de centro de dia e centro de convívio à UCC de Felgueiras e à Divisão de Ação Social da Câmara Municipal de Felgueiras.

Verificamos que existiam 7 Centros de dia e 2 Centros de convívio.

Os vários Centros de dia, são:

- Centro Social e Paroquial de Moure;
- Centro Social e Paroquial Padre António Mendonça;
- Centro Social Nossa Senhora Pedra Maria;
- Associação de Solidariedade Social Casa do Povo de Borba de Godim;
- ADIB - Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas;
- Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras;
- Associação de Solidariedade Social João Paulo II.

Os Centros de convívio, são:

- Associação da Casa do Povo da Longra;
- Associação da Casa do Povo de Jugueiros.

Efetuamos os pedidos para a realização do programa EnvelheSER Ativo (Anexo A) às instituições e começamos a intervir junto da nossa população alvo, após a obtenção das respostas aos pedidos de autorização para a participação do mesmo (Anexo B).

A nossa população alvo foram todas as pessoas idosas com 65 ou mais anos que frequentam os Centros de dia e Centro de convívio do concelho de Felgueiras, sendo que população alvo é “o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente” (Fortin *et al.*, 2009, p.322).

De referir que, não foi possível trabalhar com todas as pessoas idosas utilizadoras destes equipamentos, visto que nem todas possuíam capacidades cognitivas adequadas para poderem colaborar no estudo. Tivemos necessidade de utilizar critérios de inclusão de forma a serem apenas seleccionados alguns.

Utilizamos a amostragem não probabilística, método que “não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin *et al.*, 2009, p.321), utilizando como técnica amostragem por conveniência, em que o investigador selecciona os indivíduos a que tem acesso, admitindo que estes representam a população que se pretende estudar (Gil, 2006).

A seleção dos participantes foi efetuada a partir dos seguintes critérios de inclusão: *i)* Pertencer aos Centros de dia / Centros de convívio, que aceitaram participar no estudo; *ii)* Estar presente na instituição no período da aplicação do questionário; *iii)* Aceitar a participação no projeto (assinar consentimento informado); *iv)* Obter no teste do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) pontuação de 15 ou + valores (Anexo C). Este último, assegurou o estado mental capaz para participar no estudo.

No nosso estudo, das 70 pessoas que foram submetidos ao MEEM, 72,9% (51) das pessoas idosas passaram e foram admitidas no estudo, tendo as restantes 27,1% (19) não admitidas no estudo, como podemos observar nas Tabelas 2 e 3.

Tabela 2.

Resultados obtidos pelas pessoas idosas submetidas ao MEEM

Nível de ensino	N passaram	% passaram	N não passaram	% não passaram	N Total	% Total
Sem nível de ensino	28	66,7	14	33,3	42	100,0
1º ou 2º ciclo	23	82,1	5	17,9	28	100,0
Total	51	72,9	19	27,1	70	100,0

No que diz respeito as pessoas idosas que passaram no MEEM, nomeadamente no que concerne à escolaridade, existem 54,9% das pessoas idosas sem qualquer nível de ensino, tendo as restantes 45,1% o 1º ou 2º ciclo. Na Tabela 3 estão representadas as pontuações das pessoas idosas que passaram no exame, isto é, revelaram ausência de défice cognitivo.

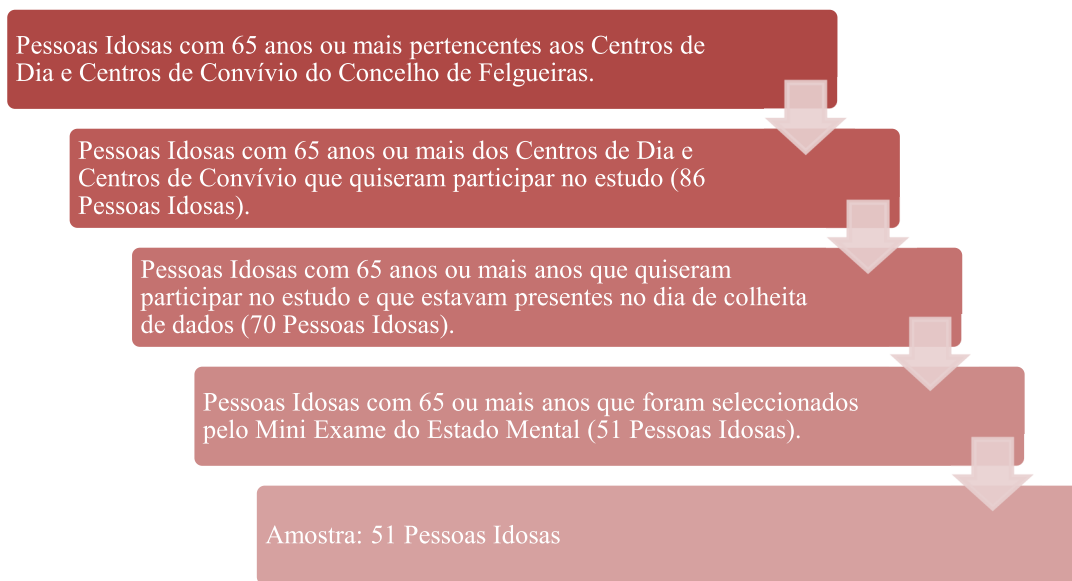
Tabela 3.

Resultados obtidos pelas pessoas idosas aprovadas no MEEM

Nível de ensino	N	%	Min.	Máx.	Média	Desvio padrão	Pontuação representativa de defeito cognitivo
Sem nível de ensino	28	54,9	16	27	19,86	3,43	≤ 15
1º ou 2º Ciclo	23	45,1	23	29	25,39	2,37	≤ 22

A nossa amostra é desta forma constituída por 51 pessoas idosas.

Figura 10. Seleção da amostra



1.2.2. Instrumento de recolha de dados

Segundo Fortin *et al.* (2006), “a escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis” (p.368). Assim, a nossa escolha foi um questionário, a escala de avaliação da QV WHOQOL-Bref e a escala para classificar o grau de dependência, o Índice de Barthel, pelo que o método de recolha de dados foi o questionário constituído por três partes (Anexo D).

Gil (2006, p. 128) define questionário como “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas, *etc*” (p.128). Também para este autor, as escalas “são instrumentos construídos com o objetivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes da maneira mais objectiva possível (...) consistem basicamente em solicitar ao indivíduo pesquisado que assinale, dentro de uma séries graduada de itens, aqueles que melhor correspondem à sua percepção acerca do fato pesquisado” (p. 139).

O questionário foi elaborado pelo grupo, com vista a responder às necessidades do estudo. Foi constituído por perguntas abertas, fechadas, dependentes, de resposta simples e alternativas. As perguntas foram relacionadas com a caracterização da amostra (género,

idade, estado civil, habilitações literárias e conviventes), a habitação, os rendimentos económicos, as relações sociais, a alimentação, o sono/vigília, os hábitos nocivos, a condição de saúde, a atividade física e a segurança.

A segunda parte do instrumento de recolha de dados refere-se à escala de QV, a WHOQOL. Existem duas versões desta escala validadas para Portugal, o WHOQOL-100 (composto por 100 questões) e o WHOQOL-Bref (composto por 26 questões), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Serra *et al.* (2006), que foi a escolhida para este estudo. Esta escala possui vários domínios, a saber:

- Domínio da QV de modo geral com 2 questões;
- Domínio físico com 7 questões;
- Domínio psicológico com 6 questões;
- Domínio social com 3 questões;
- Domínio do meio ambiente com 8 questões.

É composta por cinco possibilidades de respostas, que vão desde muito insatisfeito ou nunca até muito satisfeito ou sempre, em que os valores mais elevados em cada item revelam melhor QV. Em cada item, os valores superiores a três revelam que o indivíduo está satisfeito com a sua QV.

A terceira parte do questionário é o Índice de Barthel, é uma escala usada para medir as AVD's, refere-se à avaliação funcional, neste caso das pessoas idosas, estabelecendo um grau de dependência, que varia de 0 a 20, índice este validado em Portugal para a população idosa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto em 2007.

Este índice estuda dez itens das AVD'S, envolvendo a mobilidade e cuidados pessoais, nomeadamente, alimentação, higiene pessoal, bexiga (controlo do esfíncter vesical), intestinos (controlo do esfíncter anal), deslocação (transferência cama-cadeira), mobilidade, marcha (uso da cadeira de rodas), uso da casa de banho, vestir, banho e escadas (capacidade de subir e descer escadas). O itens são pontuados com 0, 1, 2 ou 3, a pontuação total varia de 0 a 20, sendo que entre 0-8 = total dependência, 9-12 = dependência grave, 13-19 = dependência moderada, e 20 independência total, como apresentado na Tabela 4.

Tabela 4.

Classificação de dependência/independência da pessoa idosa segundo a Escala de Avaliação de Barthel, na escala de 0 a 20

Índice obtido (0-20)	Classificação
0 – 8	Total dependência
9 – 12	Dependência grave
13 – 19	Dependência moderada
20	Independência total

Fonte: Araújo *et al.*, 2007

Tendo em conta que a maioria das pessoas idosas eram analfabetas, aplicou -se o questionário de forma indireta as mesmas, explicamos as perguntas e registamos as respostas.

A recolha de dados foi realizada de 15 de outubro a 9 de novembro de 2012.

1.2.3. Operacionalização das variáveis

A operacionalização das variáveis pode ser definida como “o processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem sua mensuração ou classificação” (Gil, 2006, p.89).

Fortin *et al.* (2009) definem variável como “um conceito ao qual se pode atribuir uma medida. Corresponde a uma qualidade ou a uma característica que são atribuídas a pessoas, a acontecimentos que constituem objecto de uma investigação e às quais é atribuída um valor numérico” (p.579).

Para verificar os dados e as relações entre as variáveis, foram utilizados ao longo do estudo testes, no âmbito da análise univariada através da análise de frequências, análise descritiva e cruzamento de dados.

A Tabela 5 refere-se à operacionalização em que se resume as questões que compõem as diversas variáveis.

Tabela 5.
Operacionalização das variáveis

Variáveis		Operacionalização
Avaliação do Mini Exame do Estado Mental		
Dados sociodemográficos Questão: 1, 2, 3, 4, 5	Dados sociodemográficos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Género ○ Idade ○ Habilitações Literárias ○ Profissão ○ Estado Civil ○ Com quem vive ○ Tipo de habitação ○ Tem escadas ○ Tem água canalizada/potável ○ Os seus rendimentos mensais
Habitação/coabitação Questão: 6, 7, 7.1, 7.2	Características da habitação e com quem vive o idoso	
Rendimentos Questão: 8	Rendimentos do idoso	
Centro de dia Questão: 9	Principal motivo de frequência do centro de dia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qual considera ser o principal motivo para frequentar o Centro de dia
Ocupação dos tempos livres Questão: 10 e 11	Sociabilização e tempos livres	<ul style="list-style-type: none"> ○ O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da Instituição ○ Com quem convive fora da Instituição ○ Quantas refeições faz diariamente ○ Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição ○ Nas refeições que faz fora da instituição, qual é o método de confeção de alimentos mais utilizado ○ Sinalizando na roda dos alimentos diga quantos grupos costuma incluir na sua alimentação ○ Que quantidade de água consome diariamente ○ Qual o número de horas de sono diárias ○ Tem o hábito de dormir a sesta ○ Toma alguma medicação para dormir ○ Consome bebidas alcoólicas diariamente ○ Consome tabaco
Alimentação Questão: 12, 12.1, 12.1.1, 12.2, 12.3	Questões relacionadas com a alimentação do idoso	
Sono/vigília Questão: 13,13.1 e 13.2	Características do sono do idoso	
Hábitos Nocivos Questão: 14 e 15	Hábitos nocivos do idoso	
Cuidados de saúde Questão: 16, 17, 17.1, 18, 18.1 e 18.2	Acompanhamento médico Doenças do idoso Medicação do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tem Médico de família ○ Sofre de alguma doença(s) ○ A(s) sua(s) doença(s) está relacionada com ○ Toma medicação diariamente ○ Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente
Atividade Física Questão: 19, 19.1, 19.2, 19.3 e 20	Realização de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza alguma atividade física semanalmente ○ Não pratica atividade física porque ○ Quantas vezes por semana ○ Qual a duração de cada sessão ○ Para si, a prática de atividade física para a saúde é
Segurança Questão: 21 e 22	Sensação de segurança e ocorrência de quedas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sente-se seguro em sua casa ○ Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses
Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref		
Índice de Barthel		

1.2.4. Pré teste

Depois de elaborado o questionário, tivemos necessidade de realizar um pré-teste, no intuito de avaliarmos se o questionário ia ao encontro dos nossos objetivos, e se as questões eram percetivas e de acordo com a amostra em questão.

Segundo Gil (2006), o pré - teste serve para procurar falhas na redação do questionário, tais como, complexidade das questões, inviabilidade das questões, constrangimentos ao informante, entre outros. Segundo Fortin *et al.* (2009) devem ser aplicados alguns questionários, entre 10 a 20, a indivíduos com as mesmas características da população a ser estudada.

Foi realizado dia 10 de outubro de 2012, num Centro de dia do concelho de Vila Real, a 10 pessoas idosas que reuniam as mesmas características da população em estudo.

O instrumento inicialmente construído pelo grupo de trabalho sofreu alguns ajustes. Assim, após o pré - teste, foi necessário acrescentar na questão 8, relativa aos rendimentos, a resposta “não sabe”; na questão 12.1, relativa à alimentação, acrescentou-se a resposta “não confeciona”; foi alterada a questão 22 quanto à sua posição com a questão 21, isto porque verificamos que ao responder à questão “sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?” antes da questão “sente-se seguro em sua casa”, as pessoas idosas respondiam à questão influenciadas pela anterior e, ainda, na questão 22, relativamente às quedas, acrescentamos “onde” para identificar o local da queda.

1.2.5. Análise de dados

A seguir à recolha de dados, deve proceder-se à sua análise. A este respeito, Gil (2006) refere que “a análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação” (p.168).

A análise dos dados, segundo Fortin *et al.* (2009), é um “conjunto dos métodos estatísticos que têm por finalidade classificar, descrever, explicar e interpretar os dados recolhidos junto de um grupo de indivíduos” (p.570).

Após a codificação das perguntas abertas e validação total do ficheiro informático, este ficou apto a ser tabulado e tratado com base em *software* concebido para o efeito (SPSS) versão 20. Na descrição das variáveis, recorremos a medidas de tendência central e de dispersão. Utilizamos gráficos e quadros para uma melhor compreensão dos dados obtidos.

1.2.6. Questões éticas tidas em consideração

Segundo Polit e Hungler (1995) “o aumento rápido das pesquisas envolvendo pessoas tem levado a preocupações éticas e debates similares quanto à protecção dos direitos dos indivíduos que participam das pesquisas em enfermagem” (p.292).

No nosso estudo, foram seguidos os princípios éticos inerentes à investigação, de acordo com o Relatório Belmont: beneficência, respeito à dignidade humana e justiça. As pessoas idosas foram tratadas com dignidade, respeitando a sua vontade e defendendo a sua vulnerabilidade, maximizando os benefícios e minimizando os danos e riscos, e a preservação do anonimato (Polit & Hungler, 1995).

Realizamos um primeiro contacto com as instituições por correio electrónico através da UCC de Felgueiras, com uma carta de apresentação no sentido das instituições autorizarem as suas participações no programa (Anexo A) e solicitamos a marcação de uma primeira reunião.

Depois de identificadas as várias instituições de Centros de dia e Centros de convívio, foram contactados os diretores técnicos das várias instituições por via *email*, no intuito de estas autorizarem a sua participação no estudo. Obtivemos confirmação de todas as instituições (Anexo B), exceto do Centro de Convívio da Associação da Casa do Povo de Jagueiros. Mesmo assim, tentou realizar-se o contacto por via telefónica mas sem sucesso e foi efetuada uma visita ao mesmo, que se encontrava fechado. Após as várias tentativas de contacto, e visto o nosso tempo de estudo ser curto, decidimos, por consenso de grupo, excluí-lo do nosso estudo.

Após a confirmação dos vários Centros de dia e do Centro de convívio, foi agendada uma reunião com os diretores técnicos, no intuito de explicarmos o nosso estudo, conhecermos melhor a instituição e agendarmos a nossa ida para a aplicação dos questionários.

Realizamos as visitas aos Centros de dia e Centro de convívio de 1 a 12 de outubro de 2012, agendando em cada instituição a visita seguinte para se iniciar a recolha de dados.

Foram pedidos os pareceres favoráveis às instituições envolvidas no estudo. Durante a colheita dos dados, explicamos individualmente o estudo as pessoas idosas e ressaltamos o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Solicitamos a assinatura da pessoa idosa, caso esta aceitasse a participação no estudo, assinando desta forma o consentimento informado (Anexo A). Foi pedido aos autores dos materiais utilizados no estudo autorização para a sua aplicação (Anexo E), sendo os mesmos aplicados só após a sua autorização (Anexo F).

1.3. Apresentação da análise dos resultados

Foram respondidos 51 questionários referentes a todas as pessoas idosas, selecionadas para a amostra. Foram analisadas todas as variáveis em estudo, no entanto, só as mais relevantes é que foram representadas graficamente.

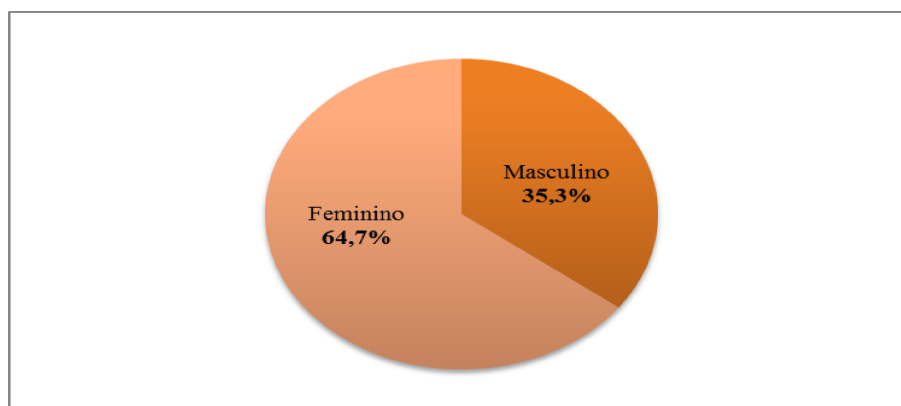
Os resultados a seguir descritos assentam na estatística descritiva, apresentando as respostas em forma de percentagem.

Iniciamos a descrição caracterizando os dados sociodemográficos das pessoas idosas do estudo.

- **Distribuição das pessoas idosas em função do género**

Relativamente ao género das 51 pessoas idosas inquiridas, verificamos que 35,3% (18) são do género masculino e 64,7% (33) são do género feminino (Figura 3).

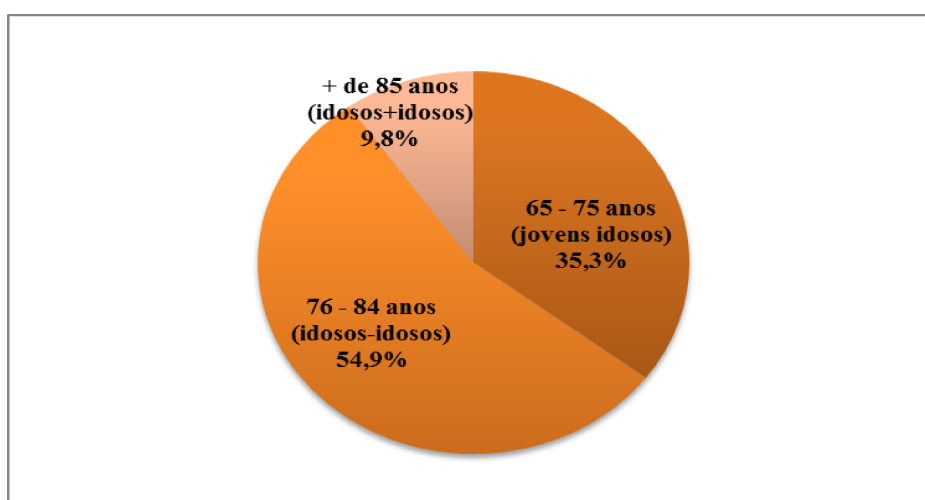
Gráfico 3. Género



- **Distribuição das pessoas idosas em função da idade**

No que diz respeito à idade das pessoas idosas, seguimos a classificação atribuída por Debert (1999), que segmentou a idade das pessoas idosas em três grupos: jovens idosos (65-75 anos); idosos-idosos (76-84 anos) e idosos+idosos (+ de 85 anos). Cerca de 35,3% (18) das pessoas idosas pertencem à classe etária entre os 65 aos 75 anos e a classe etária dos 76 aos 84 anos é representada por 54,9% (28). As pessoas idosas com 85 anos ou mais (idosos+idosos) são as que têm menor representatividade, ou seja, 9,8% (5) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Classe etária



A partir da Tabela 6, verificamos que a idade oscila entre os 65 e os 90 anos, com uma média de 77,14 anos e um desvio padrão de 6,11 anos.

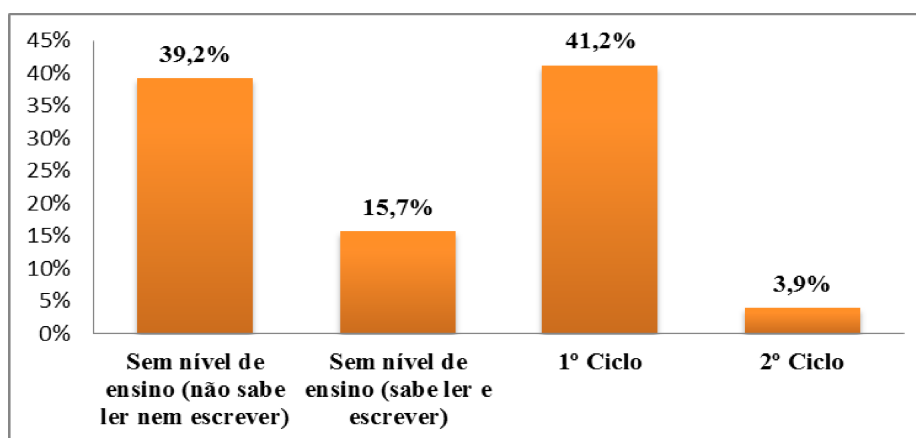
Tabela 6.

Idade das pessoas idosas

	N	min	máx	M	Dp
Idade das pessoas idosas	51	65	90	77,14	6,11

- **Distribuição das pessoas idosas em função das habilitações literárias**

Continuando com a caracterização sócio-demográfica e referindo-nos às habilitações literárias das pessoas idosas, verificamos que 54,9% (28) não tem qualquer nível de ensino, dos quais 39,2% (20) não sabe ler nem escrever e 15,7% (8) sabe ler e escrever. Apenas 3,9% (2) possui mais que o 1º ciclo e nenhuma possui mais do que o 2º ciclo. Assim, 96,1% (49) das pessoas idosas, têm no máximo o 1º ciclo como habilitações literárias (Gráfico 5).

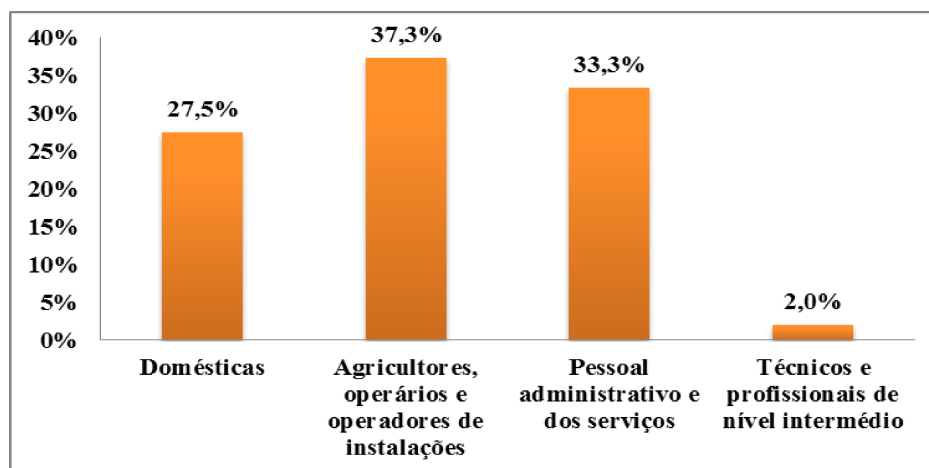
Gráfico 5. Habilitações literárias

- **Distribuição das pessoas idosas em função da profissão**

As profissões (Gráfico 6) foram segmentadas em grupos, constituídos por “Domésticas”, “Agricultores, operários e operadores de instalações”, “Pessoal administrativo e dos serviços” e “Técnicos e profissionais de nível intermédio”. Os grupos mais representativos foram os dos “Agricultores, operários e operadores de instalações”, com 37,3% (19) das pessoas idosas e o do “Pessoal administrativo e dos serviços”, com 33,3% (10). Seguidamente surge o grupo constituído por “Domésticas,” com 27,5% (14). Apenas uma

das pessoas idosas (2,0%) pertence ao grupo dos “Técnicos e profissionais de nível intermédio”.

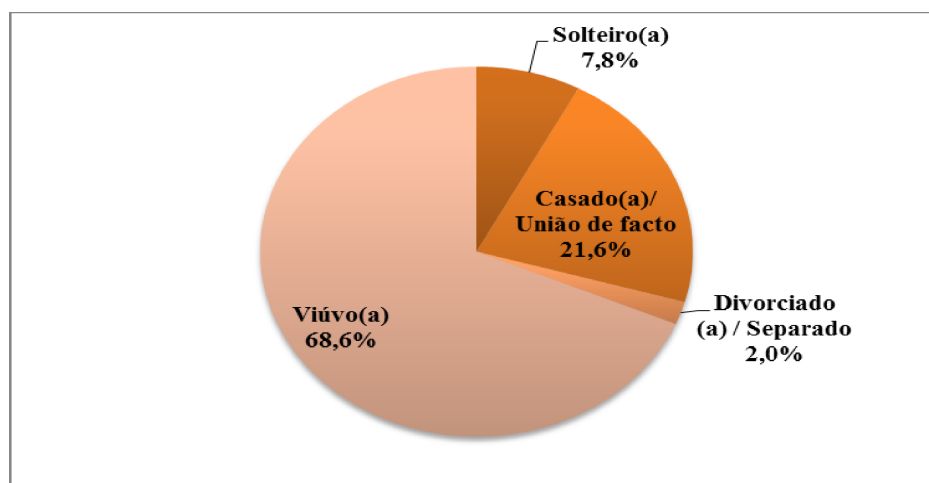
Gráfico 6. Profissão



- **Distribuição das pessoas idosas em função do estado civil**

No que respeita ao estado civil (Gráfico 7), 68,6% (35) das pessoas idosas são viúvas. Algumas das pessoas idosas 21,6% (11) encontram-se casadas ou em união de facto. Apenas uma pequena percentagem, 7,8% (4) das pessoas idosas é solteira ou divorciado/separado com 2,0% (1).

Gráfico 7. Estado civil



- **Distribuição das pessoas idosas em função dos conviventes**

A maior parte das pessoas idosas 49,0% (25) vive sozinha (Gráfico 8), embora também se verifique que uma parte considerável das pessoas idosas 33,3% (17) viva em família alargada, 19,6% (10) com a filha; 9,8% (5) vive com o filho ou 2,0% (1) com um dos irmãos (Gráfico 9). Verifica-se também que 17,6% (9) das pessoas idosas vivem com o cônjuge.

Gráfico 8. Conviventes

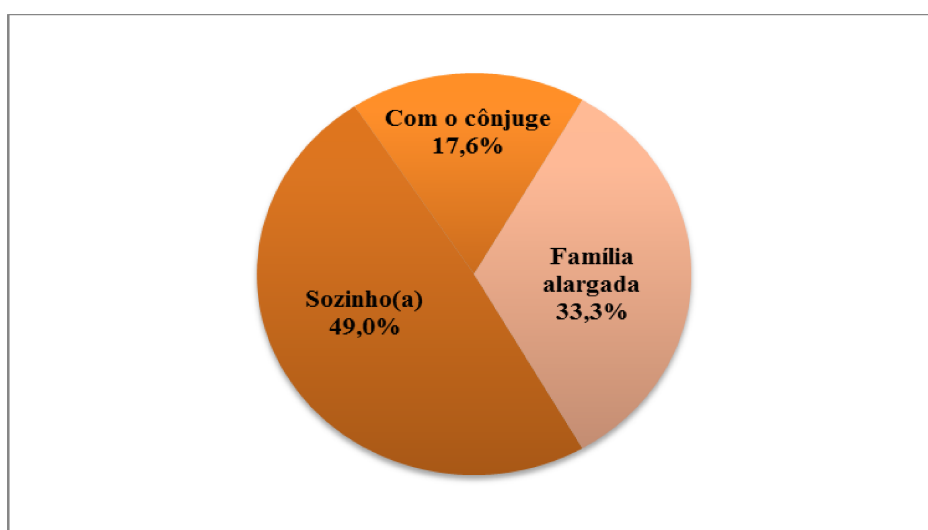
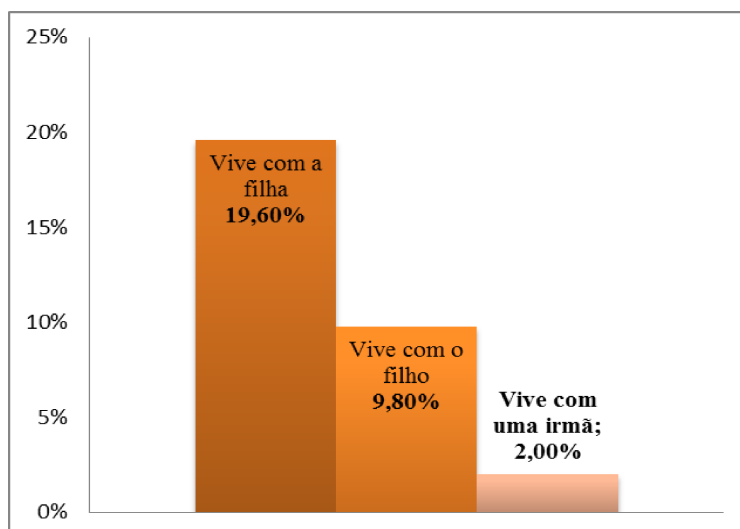


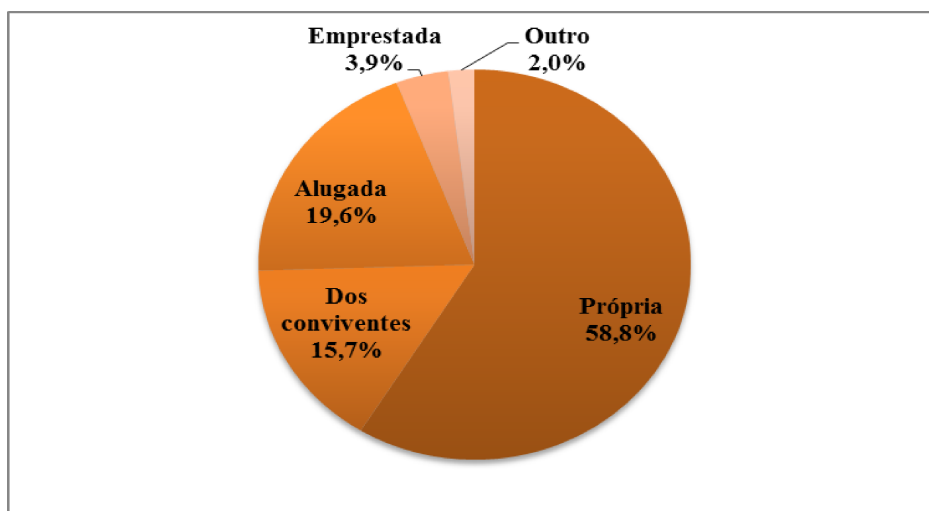
Gráfico 9. Conviventes - Família alargada



- **Distribuição das pessoas idosas em função da habitação**

No que diz respeito ao tipo de habitação (Gráfico 10), 58,8% (30) das pessoas idosas afirmaram residir em habitação própria; 19,6% (10) referiram residir numa casa alugada e 15,7% (8) mencionaram residir em casa dos conviventes. Residualmente, 3,9% (2) indicaram residir em casa emprestada e 2,0% (1) em outra situação.

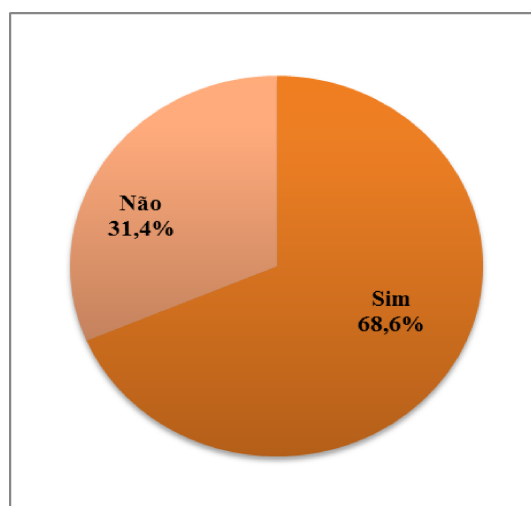
Gráfico 10. Habitação



Habitação - Escadas

A maioria das pessoas idosas 68,6% (35) afirma residir numa habitação com escadas, e apenas 31,4% (16) refere que a habitação não tem escadas (Gráfico 11).

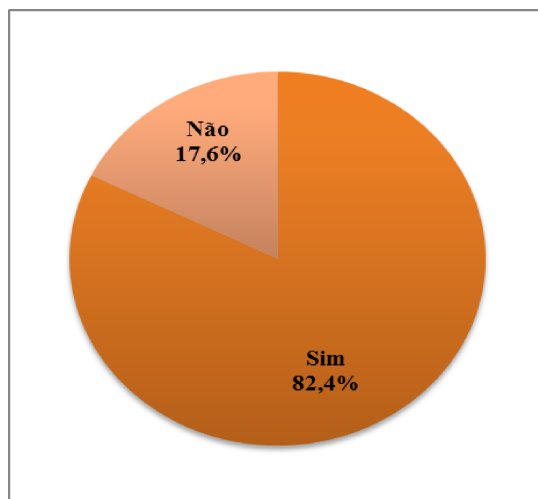
Gráfico 11. Habitação tem escadas?



Habitação - Água canalizada/potável

Apenas 17,6% (9) das pessoas idosas afirmam não possuir na sua habitação água canalizada/ potável. Verifica-se, assim, que a esmagadora maioria com 82,4% (42) detém na sua habitação água canalizada/potável (Gráfico 12).

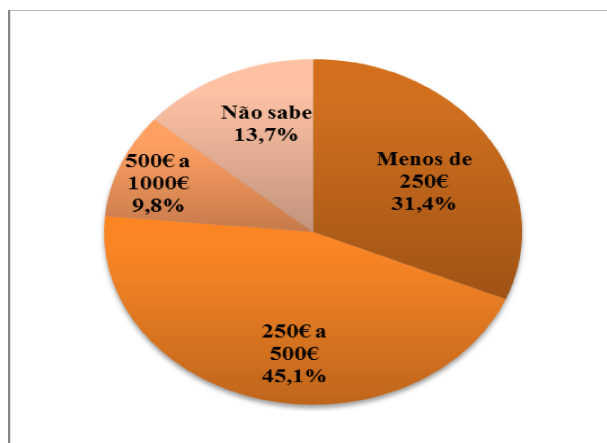
Gráfico 12. Habitação tem água canalizada/potável?



- **Distribuição das pessoas idosas em função dos rendimentos mensais**

No que respeita aos rendimentos mensais das pessoas idosas (Gráfico 13), apenas 9,8% (5) refere ter rendimento entre os 500€ e os 1000€. A maioria das pessoas idosas com 45,1% (23) recebe entre os 250€ e os 500€ ou menos de 250€ com 31,4% (16). De referir ainda que 13,7% (7) diz não saber quais são os seus rendimentos.

Gráfico 13. Rendimentos mensais



• **Distribuição das pessoas idosas em função do principal motivo para frequentar o Centro de dia/Convívio**

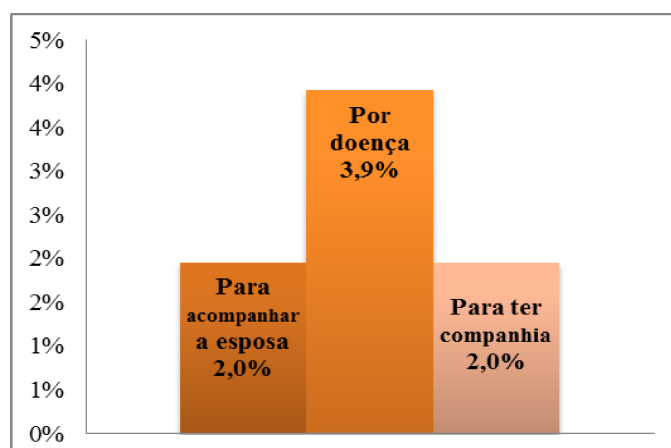
Quando questionados sobre qual o principal motivo que os levou a frequentar o Centro de dia/ convívio (Gráfico 14), 58,8% (30) das pessoas idosas inquiridas referiram que o principal fator seria o de não estarem sozinhos em casa e 15,7% (8) para conviver com outras pessoas.

Gráfico 14. Principal motivo para frequentar o Centro de dia/Convívio



Uma pequena parte das pessoas idosas 11,8% (6) referiu que tal situação se deveu a uma decisão dos familiares ou a outro tipo de motivos com 13,7% (7), sendo estes: doença com 3,9% (2), acompanhar a esposa com 2,0% (1), para ter companhia com 2,0% (1), como se pode verificar no Gráfico 15.

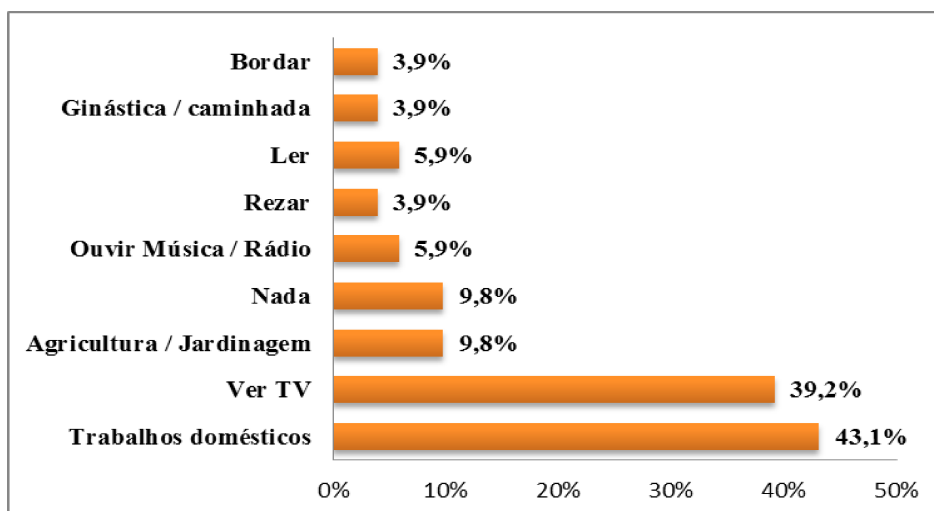
Gráfico 15. Outros motivos para frequentar o Centro de dia/Convívio



- **Distribuição das pessoas idosas em função do que costumam fazer no seu tempo de lazer fora da instituição**

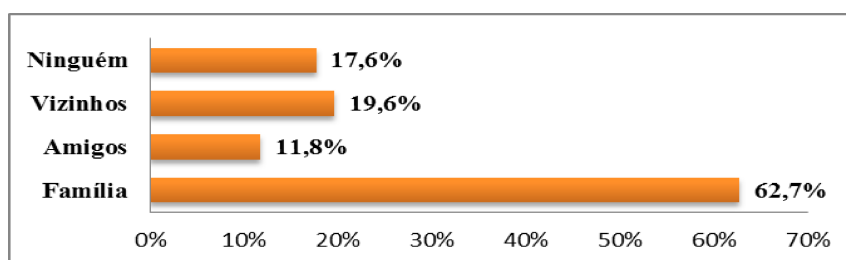
As pessoas idosas referem que quando se encontram fora da instituição, eles passam o tempo principalmente com trabalhos domésticos com 43,1% (22) ou a ver televisão com 39,2% (20). Há, no entanto, outro tipo de atividades referidas, embora em menor grau, como a agricultura/jardinagem com 9,8% (5), ouvir música/rádio ou ler com 5,9% (3) e rezar, bordar ou fazer ginástica/ caminhadas são referidos por 3,9% (2) das pessoas idosas. De salientar que 9,8% (5) refere não fazer nada no seu tempo de lazer quando se encontra fora da instituição (Gráfico 16).

Gráfico 16. O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da instituição



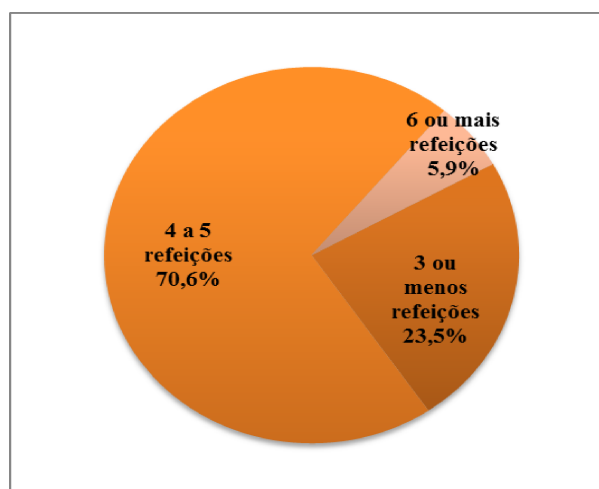
- **Distribuição das pessoas idosas em função da convivência fora da instituição**

No que diz respeito ao convívio fora da instituição (Gráfico 17), a maioria com 62,7% (32) refere conviver principalmente com a família. Há, no entanto, 19,6% (10) que referiram conviver com os vizinhos e 11,8% (6) com amigos. Uma parte considerável das pessoas idosas com 17,6% (9) refere não conviver com ninguém fora da instituição.

Gráfico 17. Com quem convive fora da instituição

- **Distribuição das pessoas idosas em função da alimentação** – Nº de refeições diárias

No que se refere ao número de refeições que as pessoas idosas afirmam fazer diariamente (Gráfico 18), a maior parte com 70,6% (36) refere fazer entre 4 a 5 refeições e 23,5% (12) menciona fazer apenas 3 ou menos refeições. Apenas uma parte residual das pessoas idosas 5,9% (3) diz fazer 6 ou mais refeições.

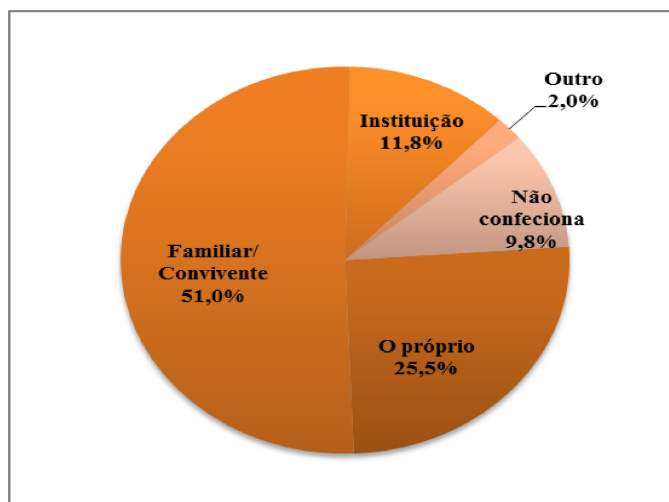
Gráfico 18. Número de refeições diárias

- **Alimentação** – Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição

As pessoas idosas indicam que quando se encontram fora dos Centros de dia/convívio, 51,0% (26) referem que as suas refeições são confecionadas principalmente por um familiar/convivente. Um quarto das pessoas idosas, 25,5% (13) salienta serem elas a confecionar a sua própria refeição. De salientar que 11,8% (6) indicam ser a instituição a

confeccionar a sua refeição, apesar de este não se encontrar no Centro de dia/convívio ou simplesmente refere que não confecciona as refeições com 9,8% (5), como se pode verificar no Gráfico 19.

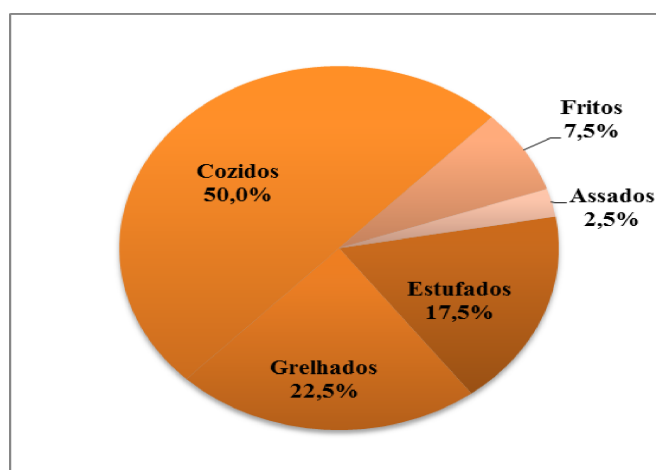
Gráfico 19. Quem confecciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição



- **Alimentação** – Método de confeção de alimentos das refeições no período em que se encontra fora da instituição

Fora das instituições, as pessoas idosas comem essencialmente cozidos com 50,0% (25), 22,5% (9) grelhados ou 17,5% (9) estufados. Dos métodos de confeção de alimentos menos referidos, encontram-se os fritos com 7,5% (4) e os assados com 2,5% (1) (Gráfico 20).

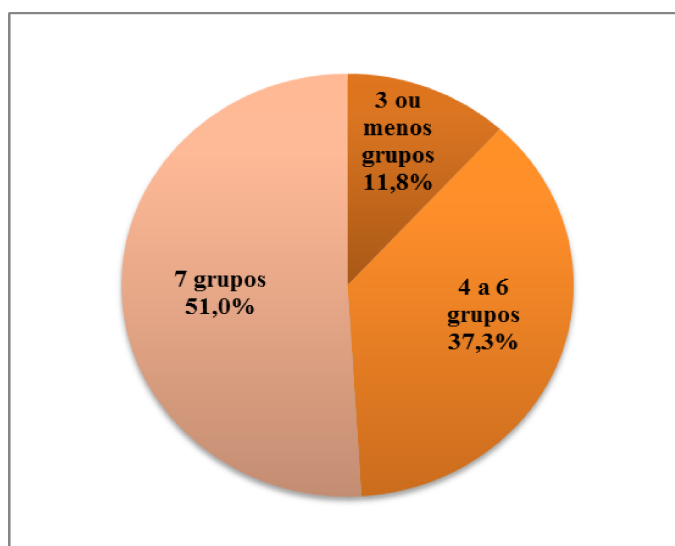
Gráfico 20. Método de confeção de alimentos nas refeições que faz fora da instituição



- **Alimentação** – Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária

Quando solicitados para sinalizarem na roda dos alimentos quantos grupos costumam incluir na sua alimentação diária (Gráfico 21), a maior parte das pessoas idosas com 51,0% (26) refere incluir alimentos de todos os 7 grupos. Uma menor parte destas afirma incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 4, 5 ou 6 grupos da roda dos alimentos com 37,3% (19). Apenas 11,8% (6) refere incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 3 ou menos grupos.

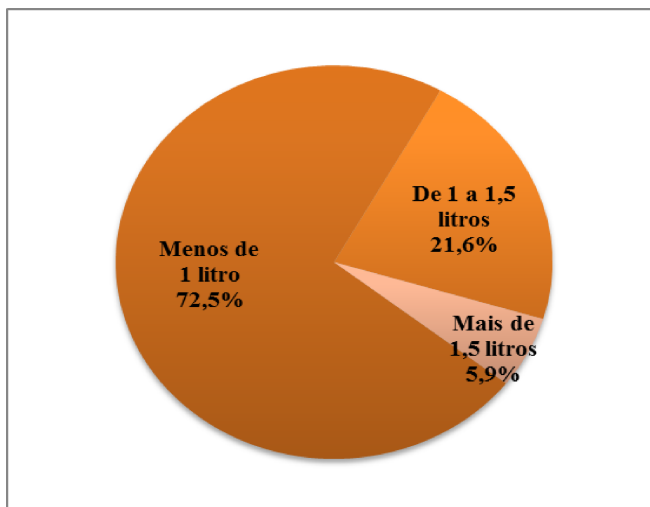
Gráfico 21. Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária



- **Alimentação** – Quantidade de água que consome diariamente

A maior parte das pessoas idosas refere consumir menos de um litro de água diariamente com 72,5% (37). Cerca de um quinto das pessoas idosas da amostra com 21,6% (11) referiu consumir de 1 a 1,5 litros de água diariamente. Apenas 5,9% (3) das pessoas idosas referiu consumir mais de 1,5 litros de água diariamente (Gráfico 22).

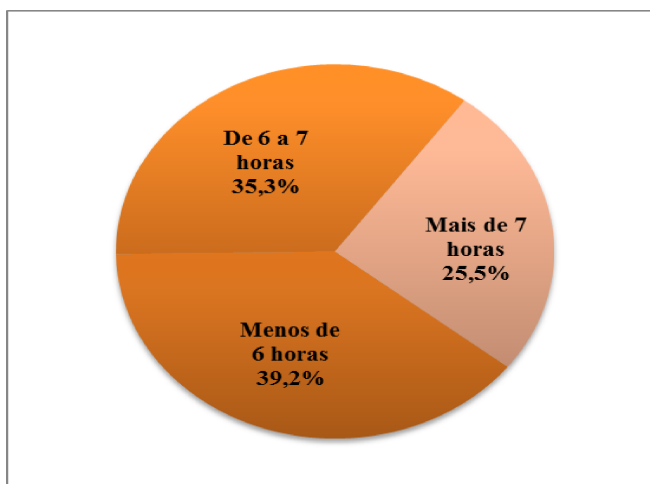
Gráfico 22. Quantidade de água que consome diariamente



- **Distribuição das pessoas idosas em função dos hábitos do sono/vigília** – N° de horas de sono diárias

No que se refere às questões relacionadas com o sono/vigília, começamos por referir o número de horas de sono diárias, relatado pelas pessoas idosas (Gráfico 23). Assim, 39,25% (20) das pessoas idosas refere menos de 6 horas, 35,5% (18) diz dormir entre 6 a 7 horas, e apenas cerca de um quarto das pessoas idosas com 25,5% (13) refere dormir mais de 7 horas diárias.

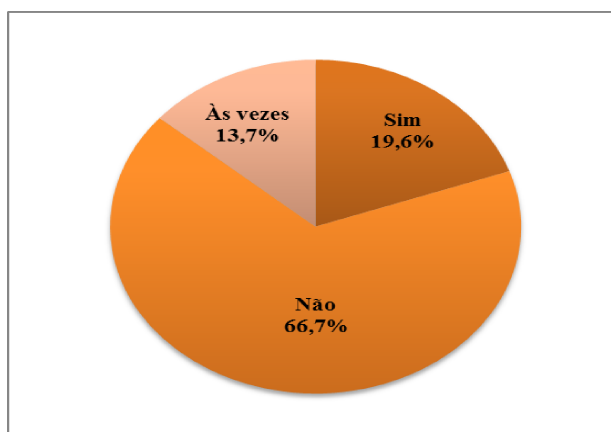
Gráfico 23. N° de horas de sono diárias



- **Sono/vigília** – Hábito de dormir a sesta

Quando questionados sobre se têm o hábito de dormir a sesta (Gráfico 24), cerca de 2/3 das pessoas idosas com 66,7% (34) referem que não o fazem. Os restantes elementos dividem-se entre os que referem fazê-lo às vezes com 13,7% (7) e as que dizem ter por hábito fazer a sesta com 19,6% (10).

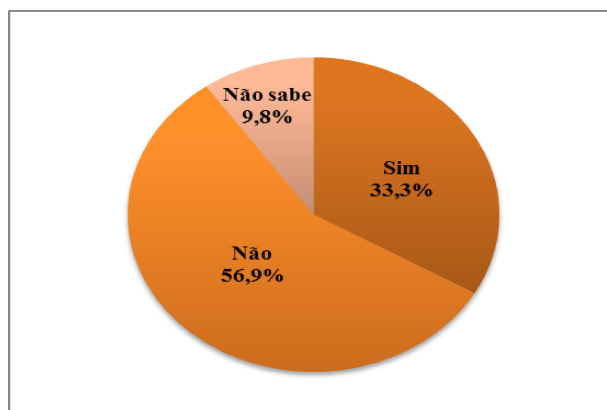
Gráfico 24. Tem o hábito de dormir a sesta



- **Sono/vigília** – Toma medicação para dormir

A maior parte das pessoas idosas pertencentes à amostra afirma não tomar qualquer medicação para dormir com 56,9% (29). Há, no entanto, uma parte significativa, cerca de um terço com 33,3% (17), que refere tomar medicação para dormir. De salientar que 9,8% (5) das pessoas idosas referiu não saber se tomava ou não medicação para dormir (Gráfico 25).

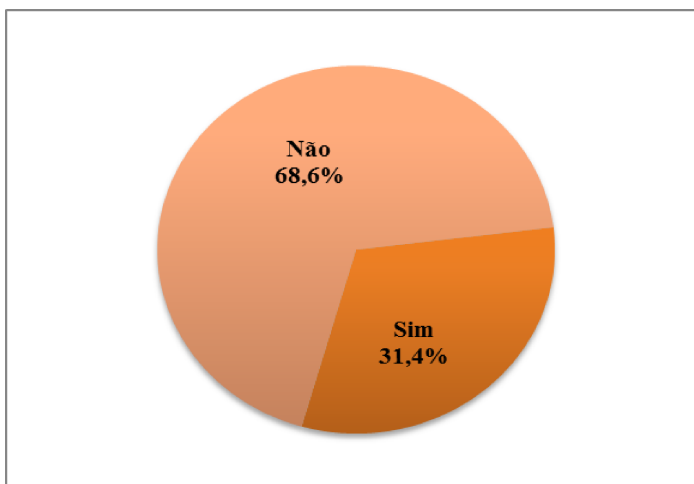
Gráfico 25. Toma medicação para dormir



- **Distribuição das pessoas idosas em função dos hábitos nocivos – Consumo diário de bebidas alcoólicas**

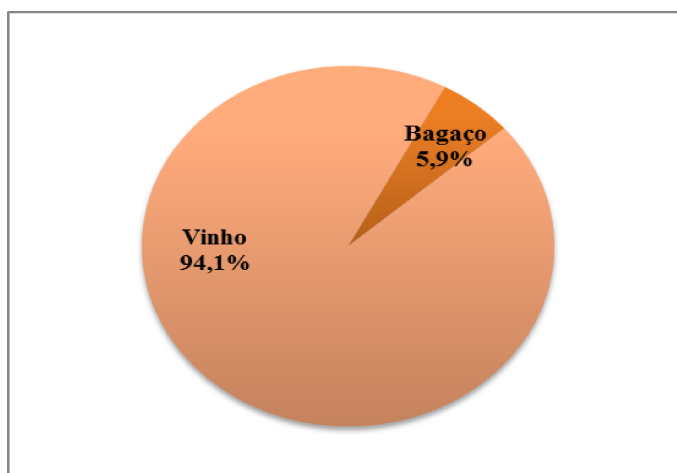
Dois terços das pessoas idosas com 68,6% (35) afirmam não consumir bebidas alcoólicas diariamente. No entanto, cerca de 31,4% (16) das pessoas idosas referiram consumir diariamente bebidas alcoólicas (Gráfico 26).

Gráfico 26. Consome bebidas alcoólicas diariamente



O tipo de bebidas alcoólicas que predomina é o vinho com 94,1% (48), (Gráfico 27).

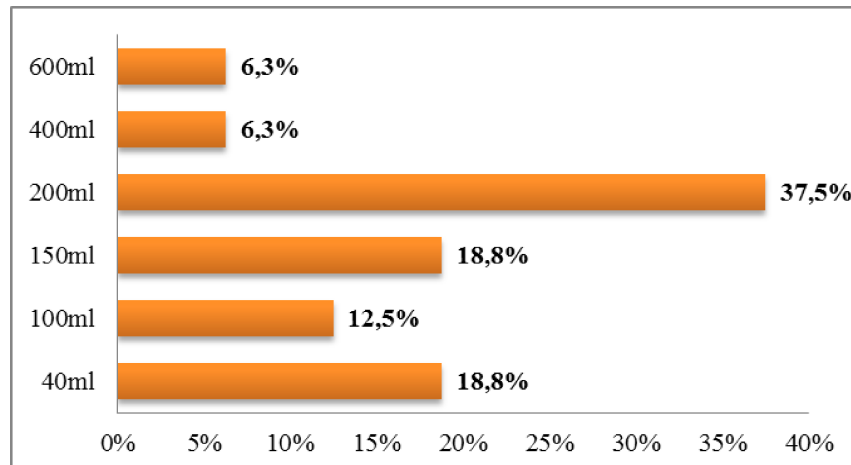
Gráfico 27. Tipo de bebidas alcoólicas



Apenas uma das pessoas idosas relatou ingerir cerca de 50 ml de bagaço diariamente. Dos restantes 94,1% (48) das pessoas idosas que referiu consumir diariamente vinho,

predominam as que referem apenas consumir cerca de 200ml, com 37,5% (19) (Gráfico 28).

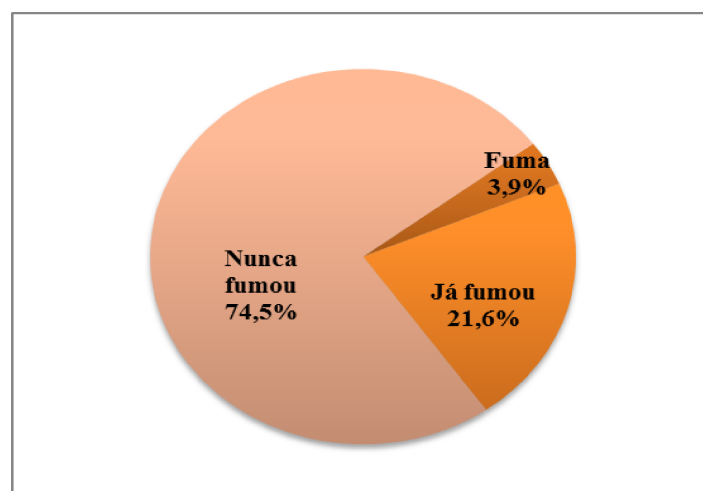
Gráfico 28. Quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas



- **Hábitos nocivos** – Consumo de tabaco

Apenas 2 das pessoas idosas (3,9%) referiram ter o hábito do consumo de tabaco, cada uma delas referiu fumar 5 cigarros por dia e apenas 21,6% (11) referiu já ter fumado anteriormente, embora não o faça na atualidade. De salientar a elevada percentagem de pessoas idosas que refere nunca ter consumido tabaco com 74,5% (38), como se pode constatar no Gráfico 29.

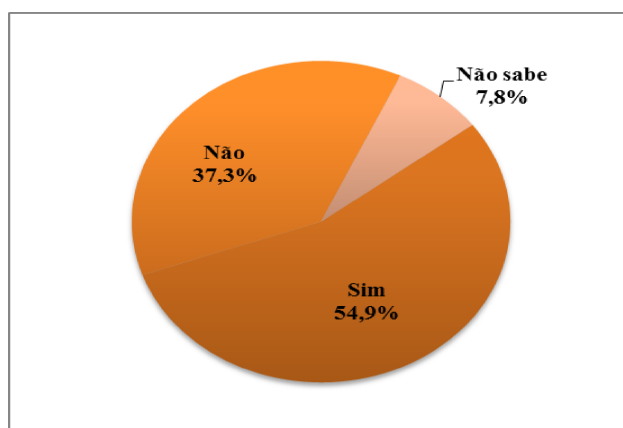
Gráfico 29. Consumo de tabaco



- **Distribuição das pessoas idosas em função dos cuidados de saúde – Médico de família**

A maioria das pessoas idosas com 54,9% (28) referiu ter médico de família (Gráfico 30). De salientar, no entanto, a elevada percentagem de elementos da amostra que refere não possuir médico de família com 37,3% (19) ou que não sabe se tem ou não médico de família com 7,8% (4).

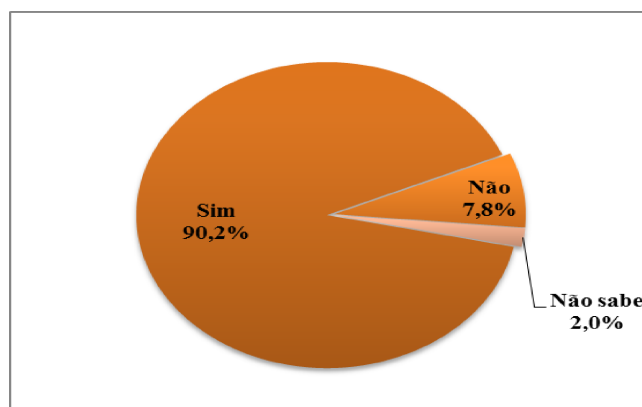
Gráfico 30. Tem médico de família



- **Cuidados de saúde – Doenças**

De uma forma geral, as pessoas idosas questionadas referiram sofrer de algum tipo de doença com 90,2% (46), tendo apenas 7,8% (4) indicado não sofrer qualquer tipo de doença ou não saber se tinham qualquer doença com 2,0% (1), como se pode verificar no Gráfico 31.

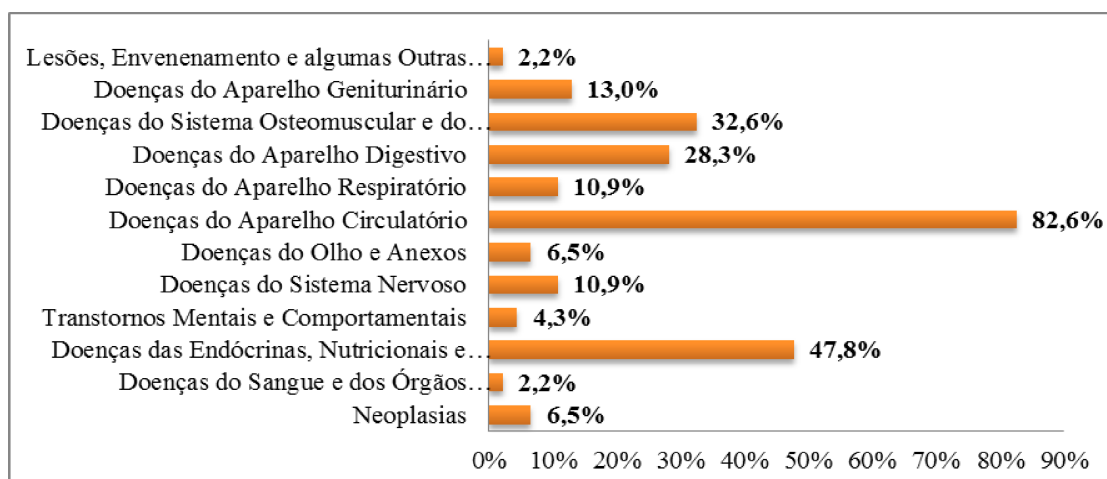
Gráfico 31. Sofre de alguma doença(s)?



- **Cuidados de saúde** – Doença (s) segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)

De entre as doenças de que padecem as pessoas idosas pertencentes à amostra (Gráfico 32), as mais referidas são as relacionadas com o aparelho circulatório (I00-I99), tendo sido referidas por 82,6% (42) das pessoas idosas. Também referidas por 47,8% (24) das pessoas idosas foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90). Cerca de 32,6% (17) das pessoas idosas referiu padecer de doenças relacionadas com o sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (M00-M99) e 28,3% (14) de doenças do aparelho digestivo (K00-K93). De entre as menos referidas, encontram-se as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99), com 13,0% (7), as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e do sistema nervoso (G00-G99), com 10,9% (6), as doenças do olho e anexos (H00-H59) e Neoplasias [tumores] (C00-D48), com 6,5% (3). Ainda de entre as menos referidas, encontram-se as relacionadas com transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), com 4,3% (2), e as relacionadas com lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) e doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89), com 2,2% (1).

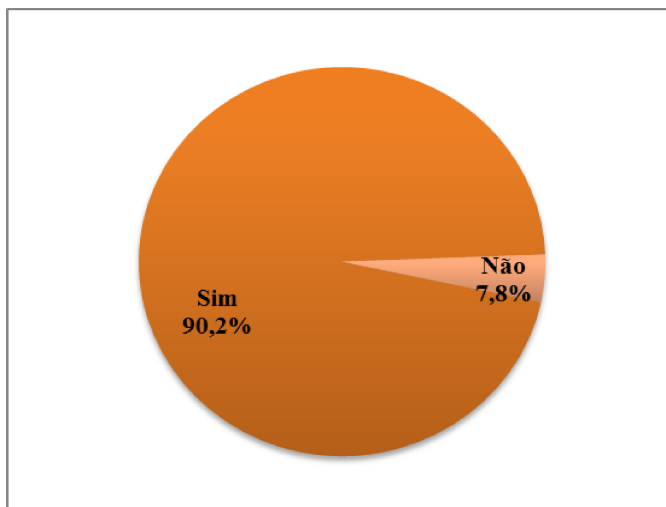
Gráfico 32. Doença(s)



- **Cuidados de saúde** – Medicação diária

A maioria das pessoas idosas com 90,2% (45) referiu tomar medicação diariamente e apenas 7,8% (4) referiu não tomar qualquer tipo de medicação (Gráfico 33).

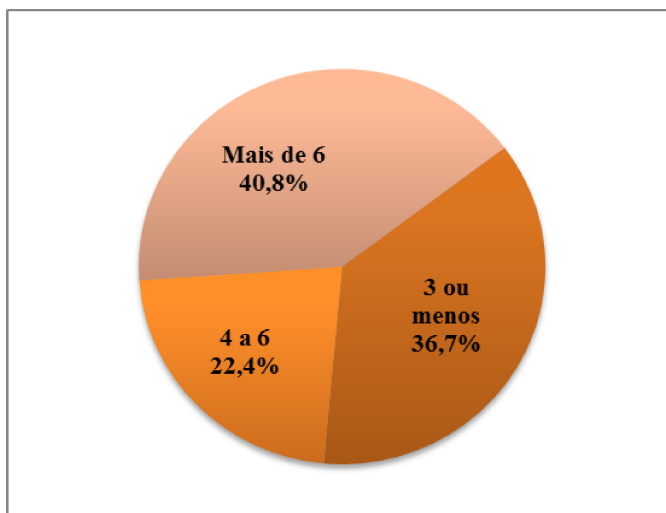
Gráfico 33. Medicação diária



- **Cuidados de saúde** – N° de comprimidos (diferentes) que toma diariamente

De entre as pessoas idosas que referiram tomar diariamente medicação, cerca de 40,8% (21) referiu tomar mais de 6 comprimidos diferentes, 22,4% (11) referiu tomar entre 4 a 6 comprimidos diferentes e 36,7% (19) disse tomar 3 ou menos comprimidos diferentes diariamente (Gráfico 34).

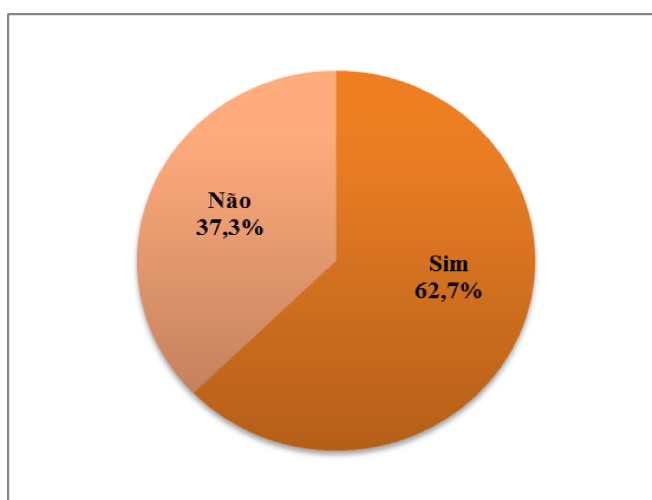
Gráfico 34. N° de comprimidos (diferentes) que toma diariamente



- **Distribuição das pessoas idosas em função da atividade física** – Realiza alguma atividade física semanalmente

De uma forma geral, a maior parte das pessoas idosas afirmou realizar algum tipo de atividade física semanalmente com 62,7% (32), tendo apenas 37,3% (19) referido não o fazer (Gráfico 35).

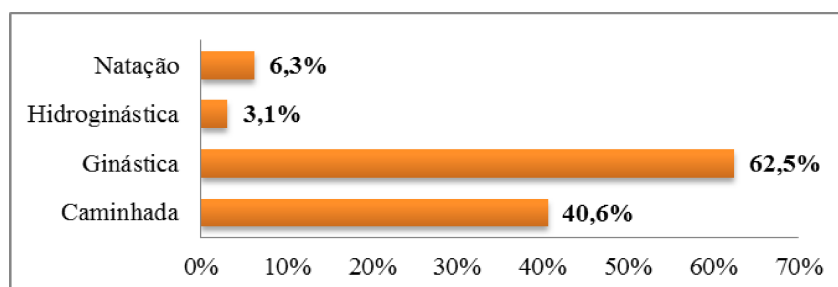
Gráfico 35. Realiza alguma atividade física semanalmente?



- **Atividade física** – Atividade física semanal

De entre as atividades físicas semanais referidas pelas pessoas idosas (Gráfico 36), a ginástica foi a mais referida com 62,5% (32) pelas pessoas idosas que afirmaram praticar uma atividade física. As caminhadas também foram uma das atividades mais referidas com 40,6% (21). Outras atividades referidas, embora a um menor grau, foram a natação com 6,3% (3) e a hidroginástica com 3,1% (2).

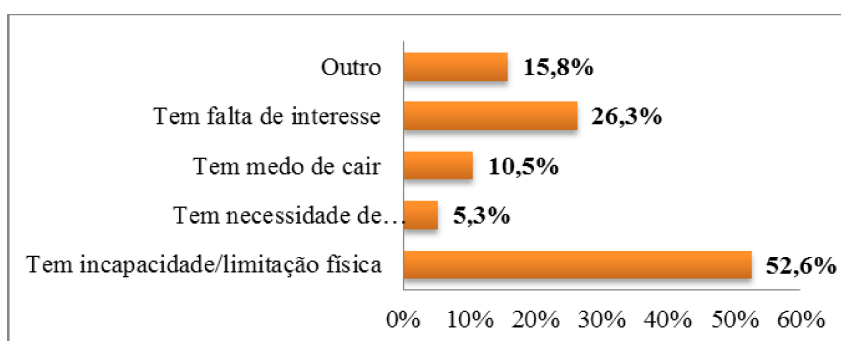
Gráfico 36. Atividade física semanal



- **Atividade física** – Motivos da sua não prática

De entre os motivos da não prática de atividade física por parte das pessoas idosas (Gráfico 37), salienta-se o facto de terem algum tipo de incapacidade/limitação física para o fazer com 52,6% (27), terem falta de interesse com 26,3% (13), terem medo de cair com 10,5% (5) e terem necessidade de descanso/repouso com 5,3% (3). Cerca de 15,8% (8) referiu outro tipo de motivos como o facto de não o querer fazer sozinho(a).

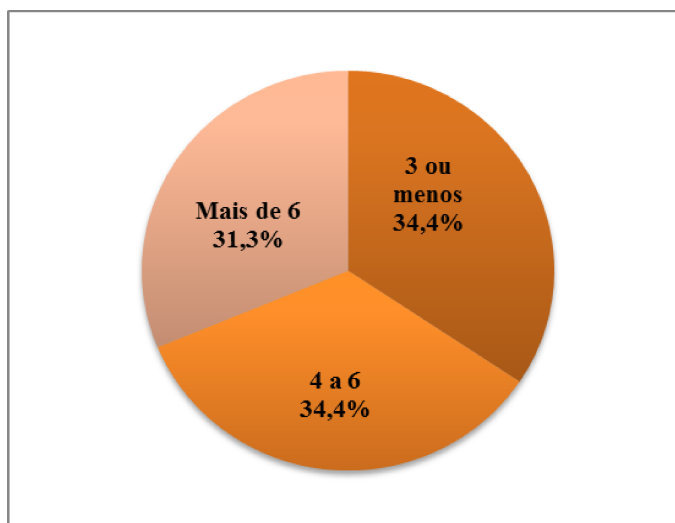
Gráfico 37. Motivo da não prática de atividade física



- **Atividade física** – Nº de vezes por semana

No que respeita ao número de vezes que cada pessoa idosa pratica algum tipo de atividade física por semana, cerca de 31,3% (15) diz fazê-lo mais de 6 vezes por semana, 34,4% (18) entre 4 a 6 vezes e 34,4% (18) 3 ou menos vezes por semana (Gráfico 38).

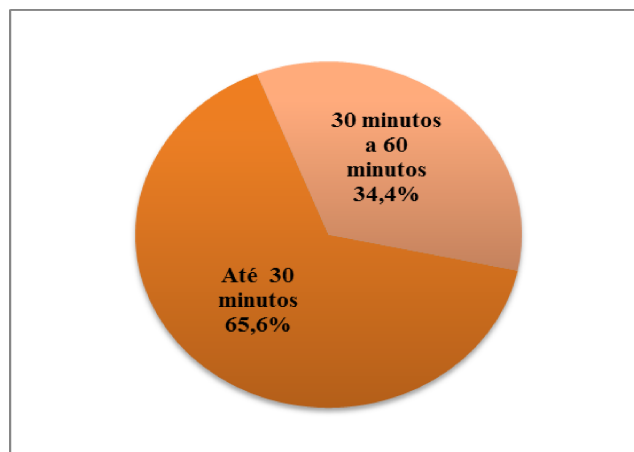
Gráfico 38. Nº de vezes por semana de atividade física



- **Atividade física** – Duração de cada sessão

As pessoas idosas que dizem praticar algum tipo de atividade física afirmaram que a duração dessa atividade era geralmente inferior a 30 minutos com 65,6% (33), embora cerca de 34,4% (18) tenha afirmado que a sua duração era entre 30 a 60 minutos (Gráfico 39).

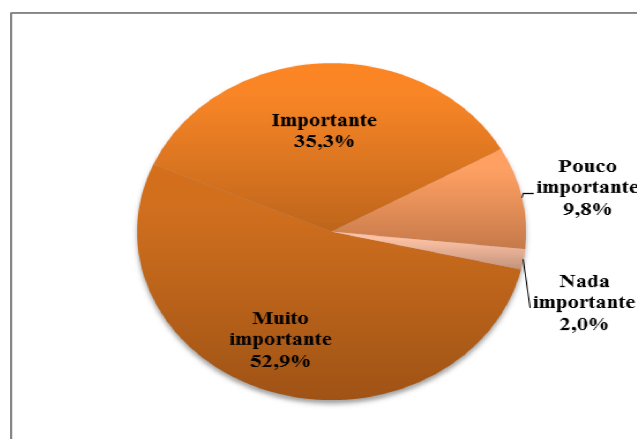
Gráfico 39. Duração de cada sessão de atividade física



- **Atividade física** – Importância da prática de atividade física para a saúde

Quando questionadas sobre a importância da prática de atividade física para a saúde (Gráfico 40), 52,9% (27) referiram achar muito importante. Cerca de 35,3% (18) afirmou achar importante. De salientar que 9,8% (5) referiu achar pouco importante e 2,0% (1) nada importante.

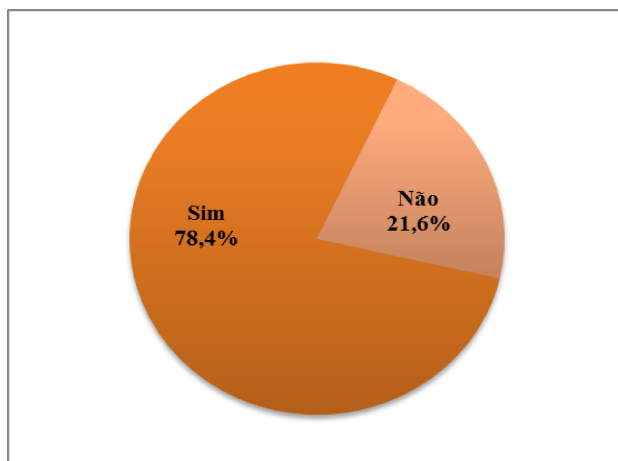
Gráfico 40. Opinião pessoal sobre a prática de atividade física para a saúde



- **Distribuição das pessoas idosas em função da segurança**

A maior parte das pessoas idosas da amostra com 78,4% (40) demonstrou sentir-se segura em sua casa. No entanto, cerca de 21,6% (11) referiu não se sentir seguras na sua casa (Gráfico 41). Essa insegurança, na sua maior parte, prende-se com algum tipo de medo, principalmente medo de ladrões ou da solidão.

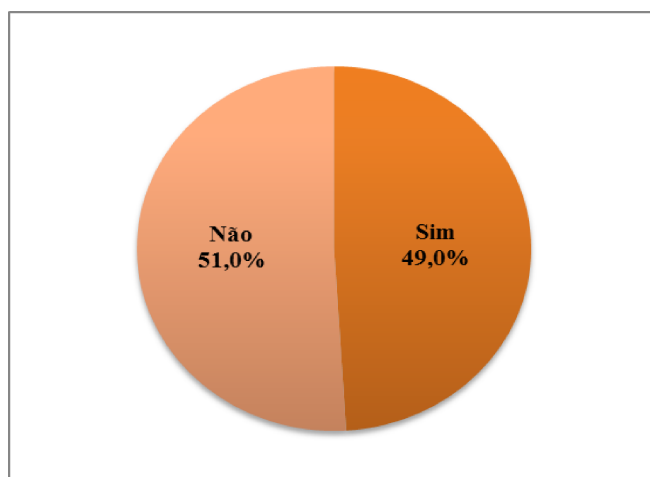
Gráfico 41. Sente-se seguro em sua casa?



- **Quedas**

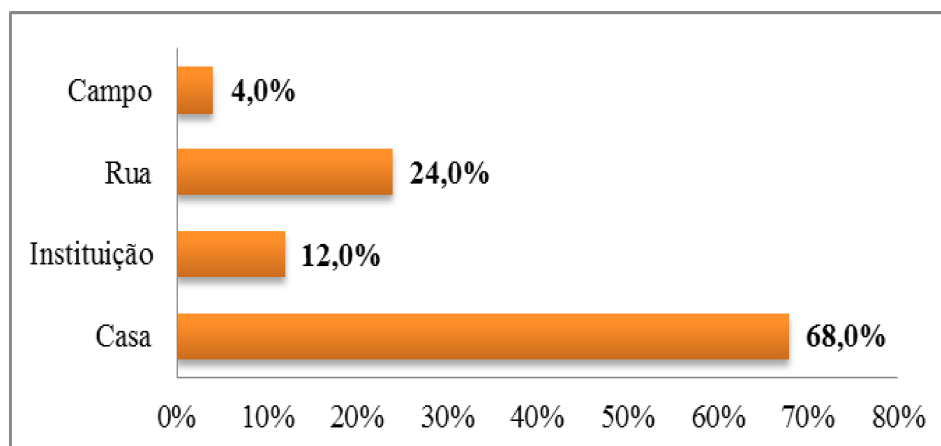
Embora cerca de 51,0% (26) das pessoas idosas tenha referido não terem sofrido qualquer tipo de queda nos últimos 12 meses, 49,0% (25) referiu ter sofrido alguma queda nos últimos 12 meses (Gráfico 42).

Gráfico 42. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?



Como se pode verificar no Gráfico 43, o local onde uma maior percentagem de pessoas idosas refere ter sofrido uma queda foi na sua própria residência com 68,0% (35). Outros locais onde as pessoas idosas dizem ter sofrido quedas foram na rua, com 24,0% (12), na própria instituição, com 12,0% (6) e também no local de cultivo (campo), com 4,0% (2).

Gráfico 43. Local da queda



Análise da Escala de Avaliação de QV: WHOQOL-Bref

Iremos reportar os resultados obtidos pela aplicação da escala de avaliação da QV, WHOQOL-Bref. É constituída por uma escala de Likert de 5 pontos, em que o menor é 1 e o maior é 5. De notar que 3 dos itens têm a sua cotação invertida, sendo estes o item Q3, Q4 e Q26. Uma das formas de aferirmos acerca da QV é analisando os valores atribuídos por cada um dos elementos da amostra às questões da escala. Assim, valores médios em cada item superiores a 3 revelam que o inquirido está satisfeito com a sua qualidade de vida (Tabela 7).

Tabela 7.

Valores médios e desvios-padrão da escala da WHOQOL-Bref

	M	Dp
Domínio Qualidade de Vida		
Q1 - Como classifica a sua qualidade de vida	3,29	0,856
Q2 - Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	2,90	1,188
Subdomínios:		
Físico – 7 Itens		
Q3 - Atualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer? (Invertida)	2,88	1,143
Q4 - Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana? (Invertida)	3,18	1,034
Q10 - Tem energia suficiente na sua vida quotidiana?	3,08	0,935
Q15 - Como classifica a sua capacidade física para se deslocar sozinho?	3,10	1,025
Q16 - Está satisfeito com o seu sono?	3,43	0,922
Q17 - Está satisfeito com a sua capacidade para realizar as atividades quotidianas?	3,29	1,006
Q18 - Está satisfeito com a sua capacidade para trabalhar/para realizar as atividades?	3,10	0,964
Psicológico – 6 Itens		
Q5 - Tem a impressão de gozar a vida?	3,51	1,027
Q6 - Acha que a sua vida faz sentido?	3,37	1,058
Q7 - É capaz de se concentrar?	3,49	0,903
Q11 - Aceita o seu aspeto físico?	3,31	0,905
Q19 - Está satisfeito de si próprio?	3,51	0,880
Q26 - Sente frequentemente sentimentos negativos com tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? (Invertida)	2,78	1,101
Relações Sociais – 3 Itens		
Q20 - Está satisfeito com as suas relações pessoais?	3,73	0,940
Q21 - Está satisfeito com a sua vida sexual?	2,96	1,038
Q22 - Está satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	3,57	0,985
Meio Ambiente – 8 Itens		
Q8 - Sente-se em segurança na sua vida quotidiana?	3,31	0,905
Q9 - Acha que o seu ambiente é saudável?	3,51	0,674
Q12 - Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	2,73	0,750
Q13 - Tem as informações que necessita para fazer face á vida quotidiana?	3,02	0,787
Q14 - Tem possibilidades de ter atividades de lazer?	3,06	0,925
Q23 - Está satisfeito com o sítio onde vive?	3,73	0,802
Q24 - Está satisfeito com o seu acesso aos cuidados médicos/serviços sanitários?	3,18	1,072
Q25 - Está satisfeito com os seus meios de transporte?	3,43	1,005

Procedeu-se de seguida, como descrito por Serra *et al.* (2006), à soma obtida em cada domínio e posterior reconversão para valores entre 0 e 100, sendo que quanto maior for o valor obtido em cada domínio mais satisfeito estará o idoso com a sua QV.

Assim, as equações utilizadas para calcular a pontuação dos domínios estão descritas na Tabela 8.

Tabela 8.

Equações utilizadas para os domínios da escala da WHOQOL-Bref

Domínio	Equações
G (geral)	$Q1 + Q2$
D1 (físico)	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$
D2 (psicológico)	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$
D3 (relações sociais)	$Q20 + Q21 + Q22$
D4 (meio ambiente)	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

A média dos resultados dos itens em estudo foi transformada linearmente para que os resultados variem entre 0 e 100 (Tabela 9).

Tabela 9.

Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref

Variável	Transformação linear
G (geral)	$G_{100} = 100 \times (G - 2) / 8$
D1 (físico)	$D1_{100} = 100 \times (D1 - 7) / 28$
D2 (psicológico)	$D2_{100} = 100 \times (D2 - 6) / 24$
D3 (relações sociais)	$D3_{100} = 100 \times (D3 - 3) / 12$
D4 (meio ambiente)	$D4_{100} = 100 \times (D4 - 8) / 32$

Os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref estão refletidos na Tabela 10 e no Gráfico 44. Como todos os valores médios obtidos são superiores a 50, podemos concluir que os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua QV em cada um dos domínios da escala WHOQOL-Bref, em particular, no domínio das relações sociais, cujo valor médio obtido é de 60,46%.

Tabela 10.

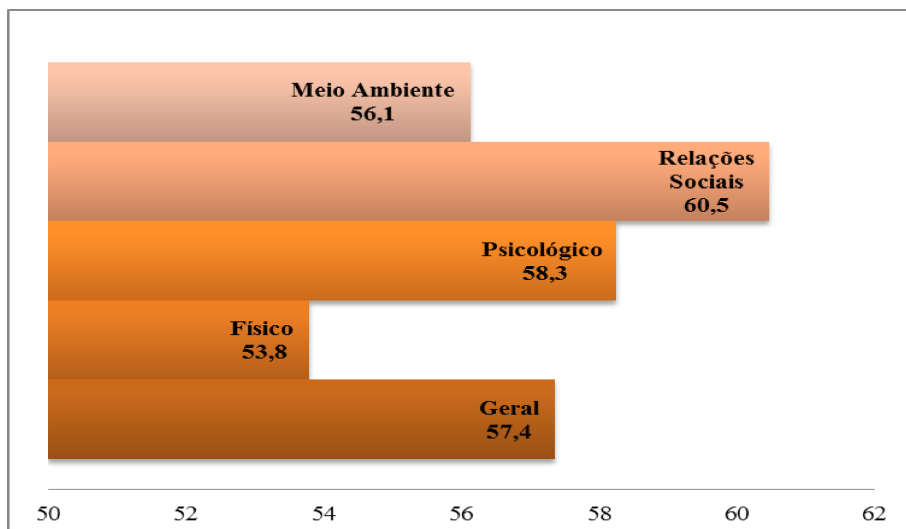
Estatísticas descritivas dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref

Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
G (geral)	0,00	100,00	52,45	21,653
D1 (físico)	3,57	82,14	53,78	18,481
D2 (psicológico)	20,83	87,50	58,25	17,169
D3 (relações sociais)	16,67	91,67	60,46	17,783
D4 (meio ambiente)	15,63	84,38	56,13	11,809

Como podemos verificar, o domínio das Relações Sociais é aquele onde foi atingido o valor mais elevado, com 60,5%, seguido do domínio Psicológico (58,3%). Estes dois domínios conseguiram índices superiores à média do item referente à QV na generalidade

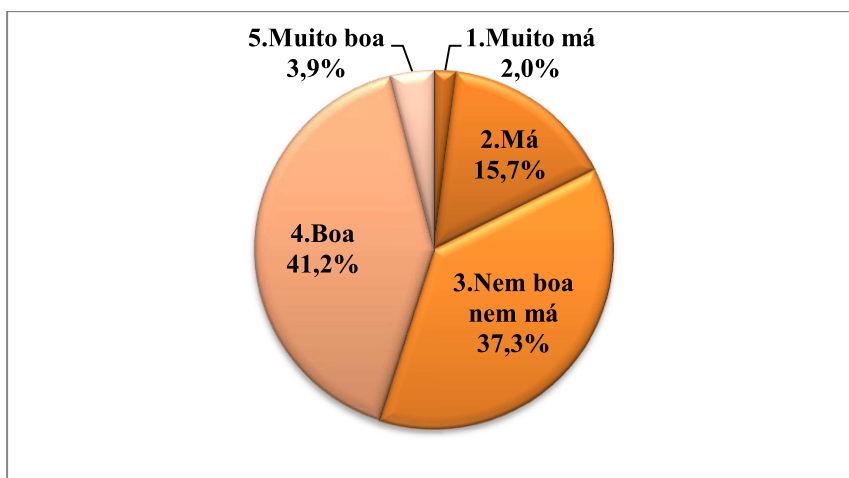
(atribuído por Q1), com 57,4%. Os domínios com menores índices foram os relacionados com as questões do Meio Ambiente (56,1%) e o domínio Físico (53,8%).

Gráfico 44. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref



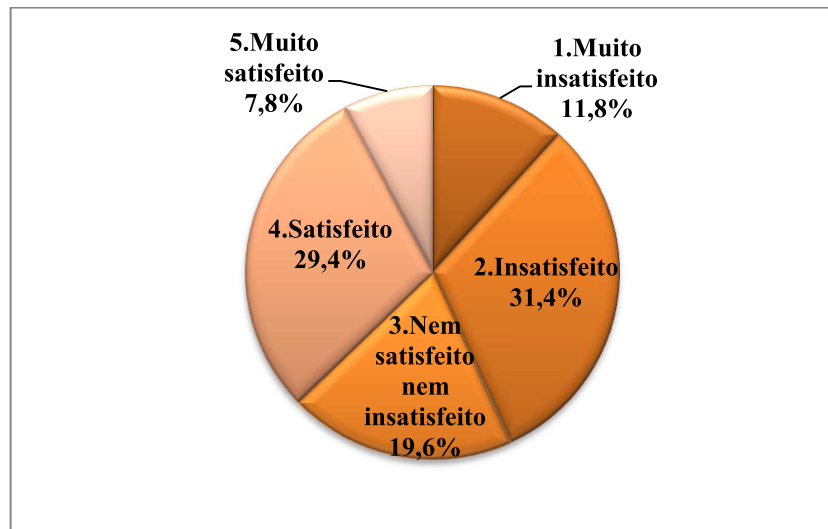
No que respeita à questão 1, que questiona diretamente as pessoas idosas para classificarem a sua QV, a maior parte respondeu que a sua nem é boa nem má, com 37,3% (19) ou boa, com 41,2% (21). Verificou-se, no entanto, existir 17,7% (9) das pessoas idosas a responder apenas muito má, com 2,0% (1) ou má, com 15,7% (8), conforme Gráfico 45.

Gráfico 45. Frequências da questão 1 da escala WHOQOL-Bref



Na questão 2, verificamos que relativamente à satisfação com a própria saúde, cerca de 31,4% (16) das pessoas idosas referiu estar insatisfeita com a sua saúde e cerca 29,4% (15) salientou estar satisfeita. Cerca de 19,6% (10) acha que a sua saúde não está nem boa nem má, 11,8% (6) classificou como muito má e 7,8% (4) como muito boa (Gráfico 46).

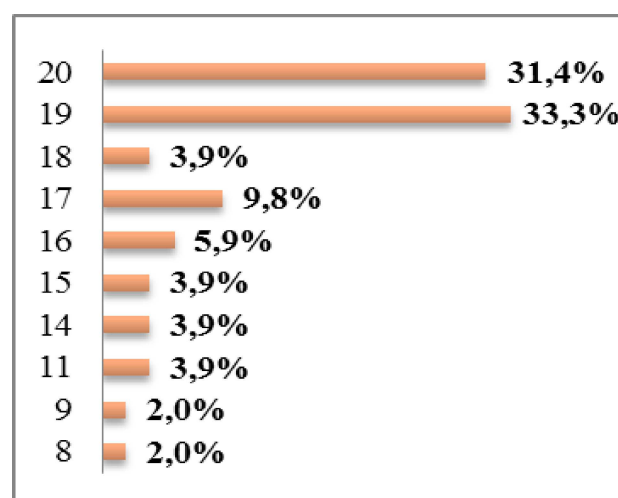
Gráfico 46. Frequências da questão 2 da escala WHOQOL-Bref



Avaliação da dependência das pessoas idosas pelo Índice de Barthel

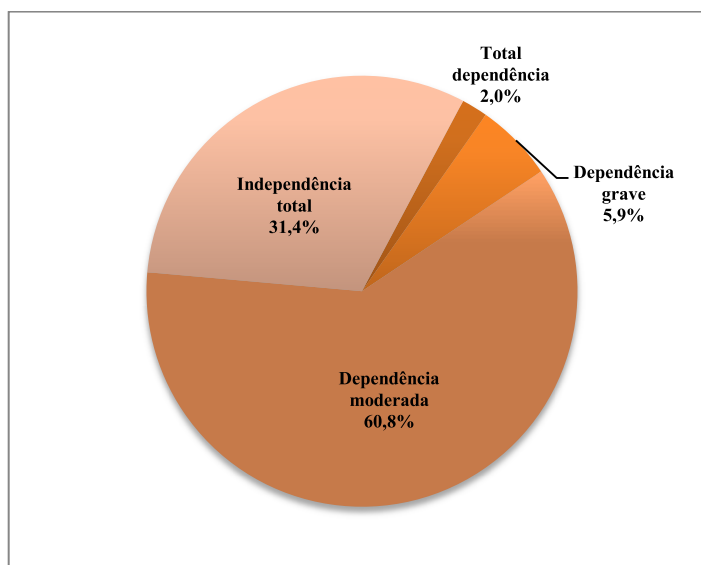
No Gráfico 47 é possível constatar os valores obtidos pelas pessoas idosas pertencentes à nossa amostra do índice obtido da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20.

Gráfico 47. Histograma da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20



Adotando a classificação de dependência/independência da pessoa idosa descrita na Tabela 4, foi possível verificar que 31,4% (16) das pessoas idosas são independentes, 60,8% (31) tem uma dependência moderada, 5,9% (3) tem uma dependência grave e apenas 2% (1) destas tem uma dependência total (Gráfico 48).

Gráfico 48. Classificação do grau de dependência das pessoas idosas segundo o Índice de Barthel



1.4. Discussão dos resultados

As pessoas idosas pertencentes aos Centros de dia e Centro de convívio do concelho de Felgueiras têm idades compreendidas entre os 65 e 90 anos. A maioria da nossa amostra (54,9%) possui entre os 76 e os 84 anos. Como já foi referido por Azeredo (2011), existe um aumento de idosos com mais de 75 anos. A esperança média de vida aos 65 anos tem mantido uma tendência positiva, atingindo 18,47 anos no período 2008-2010. Para o mesmo período, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 79,20, sendo de 76,14 anos para os homens e de 82,05 anos para as mulheres (INE, 2010).

Existe um predomínio de mulheres na nossa amostra (64,7%), como seria de esperar, pois elas vivem mais tempo do que eles. Pensa-se que tal está relacionado com uma maior procura dos serviços de saúde, logo andam mais vigiadas e controladas. Relativamente aos dados do INE (2011), existe uma preponderância da população feminina à medida que a idade avança. Existe uma maior taxa de mortalidade da população masculina e a menor

esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres, fatores estes que ajudam também a explicar estes resultados. Paúl e Fonseca (2001) referem ainda que desde o nascimento, através dos fatores biológicos, o sexo masculino apresenta uma maior vulnerabilidade mesmo antes de ser exposto a diferentes papéis sociais e ao stresse ao longo da vida. A população portuguesa é constituída sobretudo por mulheres (Velhice no feminino).

A maioria das pessoas idosas da amostra (54,9%) não tem qualquer nível de ensino. Também Paúl *et al.* (2005, p. 75) referem que “a taxa de iliteracia entre os idosos, ainda que em plano descendente dada a renovação geracional, continua a ser muito elevada (55,1%), sendo ainda mais expressiva nas mulheres (64,7%) do que nos homens (41,3%)”. Azeredo (2011) levanta alguns obstáculos relativamente à iliteracia das pessoas idosas, principalmente “na manipulação de medicamentos e na aderência a prescrições, bem como nas capacidades para as actividades de vida diárias, retirando-lhes, assim alguma autonomia” (p.31).

A maioria das pessoas idosas da amostra é viúva (68,6%) e vive sozinha 49%. A condição da pessoa idosa viver sozinha não se verifica somente neste estudo, encontra-se de acordo com os Censos 2002, cit. por Paúl *et al.* (2005) que referem que 50,5% dos idosos vivem sozinhos. Azeredo (2011) refere também que metade dos indivíduos com mais de 85 anos vive de uma forma independente nas suas casas e só menos de um quarto dos idosos vive em contextos especializados. Acrescenta ainda que existe cada vez mais idosos sem família, o que leva à necessidade destes recorrerem a instituições de apoio, no intuito de não perderem precocemente a sua autonomia. Azeredo (2011), cit Caldas (2003), referindo que o idoso com mais de 75 anos a viver só pode levar a um decréscimo da sua QV, bem como a um aumento de morbilidade, levando a um maior risco de mortalidade.

Com a agravante de viverem sós, existe também a realidade das habitações não estarem adaptadas para as pessoas idosas, existindo na maioria da nossa amostra (68,6%) habitações com escadas. Botelho (2005) refere que os fatores físicos do meio ambiente, como a inexistência de elevador nos prédios ou a acessibilidade de uma rede de transportes públicos podem contribuir para o isolamento do indivíduo. Pode, ainda, existir uma maior probabilidade de ocorrência de quedas, devido à existência de barreiras arquitetónicas no domicílio ou nas suas imediações.

A este respeito Azeredo (2011) refere ainda que “muitos idosos vivem sós, em habitações degradadas, com sérias barreiras arquitectónicas que limitam a convivência com a sua rede social e a utilização de serviços de saúde” (p.31).

Relativamente aos rendimentos mensais, verificamos que a maioria da nossa amostra (76,5%) vive com menos de 500€ por mês. As reformas/pensões de velhice muito pequenas levam a fortes constrangimentos para viver uma vida com qualidade (Azeredo, 2011). Muitas pessoas idosas para fazerem frente às despesas do dia-a-dia reduzem nas despesas com a saúde /medicamentos, com a alimentação ou conforto do lar (aquecimento).

Para podermos realizar promoção e educação para a saúde nas pessoas idosas pertencentes aos Centros de dia/Centros de convívio de Felgueiras, tivemos necessidade de conhecer os estilos de vida de cada um, no sentido de intervirmos no que encontrássemos menos correto.

Procuramos perceber qual era o principal motivo que levou as pessoas idosas da nossa amostra a frequentar o Centro de dia/Convívio. A maioria referiu que era para não ficar sozinha (58,8%) e para conviver com outras pessoas (15,7%). Sousa (1993), cit. por Azeredo (2011), “concluiu que os idosos demonstram uma necessidade imperiosa de convívio, que só é atingindo a nível institucional junto de outros idosos” (p.110). Daí que exista uma crescente procura dos Centros de dia/Centros de convívio pelas pessoas idosas. Nestes locais encontram pessoas com os mesmos gostos e mesmas idades, onde o convívio é facilitado.

Por outro lado, Silva (2005) refere que “conviver com outros indivíduos em situações semelhantes vai permitindo a comparação entre pares, olhar outros problemas mas também outras soluções, suscitando e permitindo colaboração e entreajudas diversas” (p.152).

Paúl *et al.* (2005), citando Kraus (2001), afirmam que “ter suporte social é o aspecto-chave do envelhecimento bem-sucedido” (p.76).

Outro facto observado no nosso estudo é que a maioria das pessoas idosas ocupa os tempos livres em trabalhos domésticos (43,1%) e a ver TV (39,2%). Estas ocupações são de carácter solitário, onde não existe convívio. Azeredo (2011) justifica este facto referindo que as pessoas idosas têm como principal ocupação ver televisão, por razões económicas

que as limitam nas opções ou por falta de companhia. Ver TV é uma ocupação sedentária, pois como refere Smethurst (2006), “uma grande proporção de pessoas nessa faixa etária leva uma vida absolutamente sedentária na maioria dos países” (p.152). Mas Spirduso et al (2005), cit. por Carvalho e Mota (2008), referem que “este sedentarismo dos idosos é, na generalidade, mais o resultado de imposições sociais e culturais do que uma incapacidade funcional da sua sustentação” (p.24).

No entanto, apesar de pouco conviverem e optarem por atividades solitárias para ocupar os tempos livres, quisemos mesmo saber com quem as pessoas idosas conviviam fora da instituição, tendo a maioria referido conviver principalmente com a família (62,7%), outros com os vizinhos (19,6%) ou com amigos (11,8%). Uma parte considerável dos idosos (17,6%) refere não conviver com ninguém fora da instituição. Estes últimos devem ser considerados pelos profissionais e autoridades competentes, pois são os que estão mais sujeitos e vulneráveis a depressão devido ao isolamento e solidão.

A este respeito Silva (2005) refere que “a questão do isolamento, particularmente do isolamento emocional em situações em que a rede de contactos sociais se estreitou e as actividades /obrigações diárias são quase inexistentes, tem sido um problema frequentemente apontado” (p.148). Acrescenta ainda que a solidão e o isolamento provocam stresse na vida das pessoas idosas.

Paúl e Fonseca (2005) referem que “a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo” (p.37).

Também foi pretensão do grupo conhecer os hábitos alimentares das pessoas idosas, pelo que verificamos que a maioria (70,6%) faz 4 a 5 refeições diárias, 23,5% faz 3 ou menos e somente 5,9% faz 6 ou mais refeições por dia. Silva, R (2012) refere que os idosos não devem exceder as 3 horas sem comer e evitar jejuns prolongados superiores a 8 horas. Esta situação não se verifica com a maioria das pessoas idosas do estudo, visto que a maioria faz só 4 a 5 refeições por dia. Durante a aplicação do questionário verificamos que estes não ceavam ficando muitas horas durante a noite sem comer. A autora também refere que as poucas refeições dos idosos por dia devem-se à perda do apetite, já que “estes indivíduos demonstram poucos sentimentos ligados à fome, mas mais ligados a saciedade e ao enfartamento” (p.261).

Quisemos também perceber que alimentos as pessoas idosas costumam incluir nas refeições diárias, quem confeccionava a alimentação fora da instituição e que tipos de cozinhados eram feitos habitualmente. Verificamos que 51% dos inquiridos costuma incluir na alimentação diária os 7 grupos da roda dos alimentos, que a maioria das vezes a alimentação é confeccionada por familiares (51%) e preferencialmente cozidos (50%). A maioria das pessoas idosas do nosso estudo possui uma alimentação equilibrada, consumindo diariamente os 7 grupos da roda dos alimentos, tal como refere Fernandes (2008) uma boa alimentação será aquela que for mais variada, composta por carne e peixe, legumes e leguminosas, frutos da época e secos, sem esquecer o leite, outros laticínios e os ovos.

Azeredo (2011) que refere que “aumentam o número de idosos sem qualquer tipo de família, mas que ainda têm suficiente autonomia para se irem mantendo em casa sozinhos, desde que tenham algum tipo de ajuda” (p.26), ajuda esta fornecida como verificamos na alimentação, que na maioria das vezes é confeccionada por familiares.

De salientar que a maioria das pessoas idosas não bebe água suficiente no seu dia-a-dia, cerca de 94,1% bebe menos de 1 litro de água por dia. Azeredo (2011) refere que 60% do nosso corpo é de água, por isso, devemos consumir à volta de 2.5-3 litros diariamente de líquidos. Nomeadamente os idosos que possuem mais necessidades de ingerir pelo menos 1,5 litro a 2 litros de água por dia.

Quanto aos hábitos de sono e vigília das pessoas idosas, verificamos que a maioria dorme mais de 6 horas por dia (60,8%), que não costuma fazer a sesta (66,7%) e não toma medicação para dormir (56,9%). Verificamos que as pessoas idosas da nossa amostra não possuem alterações no padrão de sono e vigília, visto que segundo Geib, Neto, Wainberg e Nunes (2003), são 6 as horas diárias que um idoso deve dormir.

Relativamente aos hábitos nocivos, verificamos que a maioria não consome bebidas alcoólicas (66,7%) e, quem consome, bebe preferencialmente vinho (94,1%).

O consumo de tabaco é escasso, só 3,9% é fumador e é de salientar que 74,5% refere nunca ter consumido tabaco. Estes dados podem estar relacionados com o género uma vez que nas mulheres desta idade ainda não estava muito vincado este hábito.

A maioria das pessoas idosas não possui hábitos nocivos, e como refere Azeredo (2011), para além da genética, a prática de atividade física, hábitos salutogêneos e a inexistência de comportamentos aditivos são alguns fatores que contribuem para aumentar a longevidade e manter a autonomia.

Para conhecermos a saúde das pessoas idosas, quisemos verificar se possuem assistência médica/médico de família, pelo que apuramos que pouco mais de metade da amostra possui médico de família (54,9%), longe do que se pretende relativamente a esta questão. A maioria sofre de doença (90,2%), sendo as mais frequentes as do aparelho circulatório (82,6%), realidade esta observada em todo o continente e em vários países, pois como refere Azeredo (2011), as doenças cardio-cerebro-vasculares têm uma alta prevalência nos países mais desenvolvidos. Também Fernandes (2008) refere que são a primeira causa de morte nos países mais desenvolvidos e que às causas podem estar associados a falta de exercício físico, os excessos nutricionais bem como a qualidade da alimentação, o tabagismo, excesso de bebidas alcoólicas, entre outras.

O consumo de medicação diária está presente na quase totalidade da amostra (90,2%), bem como a polimedicação; 40,8% toma mais de 6 comprimidos diferentes por dia e 22,4% toma 4 a 6 comprimidos diferentes por dia, situação já confirmada noutros estudos. Azeredo (2011), refere que “os problemas de saúde são também frequentes, sendo os idosos, em especial os grandes idosos, pessoas que frequentemente apresentam uma polipatologia e uma polimedicação (para além de especificidades próprias)” (p.28).

Relativamente aos hábitos de atividade física das pessoas idosas, só 62,7% refere realizar algum tipo de atividade física semanalmente, sendo esta atividade maioritariamente ginástica (62,5%), seguindo-se as caminhadas (40,6%), estas realizadas na maioria mais de 4 vezes por semana (65,7%) e habitualmente com uma duração inferior a 30 minutos (65,6%).

Verificamos que a maioria das pessoas idosas realiza atividade física, no entanto, pretendia-se uma percentagem mais elevada de adesão e com uma duração maior, como refere Fernandes (2008) que por ano poderiam ser evitadas milhares de mortes se as pessoas idosas se habituassem ao exercício físico diário, durante quarenta e cinco minutos, mesmo que fosse uma marcha um pouco apressada, o que levaria a que as taxas de mortalidade baixassem nessas idades.

Paffenbarger, Hyde, Wing e Hsieh (1986), cit. por Ribeiro (1998), verificaram num estudo que o “exercício físico como andar, subir escadas, praticar desporto, tinha uma relação inversa com a mortalidade total, principalmente com a mortalidade de vida a doenças do aparelho cardiovascular ou a causas respiratórias” (p.118), sendo estas pertencentes aos principais sistemas que as pessoas idosas na nossa amostra apresentam doença. Os mesmos autores referem ainda que “pela idade dos 80 anos a duração de vida adicional para os que se exercitavam, em comparação com os que não o faziam, era de um a mais de dois anos” Ribeiro, 1998, p.118).

Mota (2008) refere que “o exercício físico deve ser entendido como uma actividade que faz parte da vida dos sujeitos e em particular do idoso, devendo esta ser adequada, motivante e fonte de prazer quotidiana” (p.28).

Azeredo (2011) refere, ainda, que se deve fazer um programa equilibrado de exercício físico, como a prática de Tai-Chi que é benéfico, para manter o equilíbrio na marcha das pessoas idosas e reduzir desta forma as quedas.

A maioria das pessoas idosas, quando questionada sobre o porquê da não prática de actividade física, referiu por incapacidade/limitação física (52,6%), verificando desta forma que a maior parte dos que não praticam é porque não conseguem. A este propósito, Goldani (1992), cit. por Smethurst (2006,) refere que “estima-se que 25% das pessoas de 65 a 74 anos já sejam portadoras de alguma incapacidade física. Essa proporção cresce para aproximadamente 40% dos que têm entre 75 e 84 anos, e para mais de metade daqueles com 85 e mais” (p.152). Esta dependência poderia ser minorada com a adesão a comportamentos saudáveis ao longo de toda a vida, Clarkson-Smith e Hartley (1989), cit. por Paúl e Fonseca (2001), referem que “a perda de vigor físico associado ao envelhecimento é função do estilo de vida sedentário de muitos idosos” (p.117). Azeredo (2011) refere, ainda, que “a saúde vai-se construído e conservando ao longo da vida num continuum que acompanhará um envelhecimento que se espera não patológico, mas que é diferencial e irreversível” (p.133).

Mota (2008) refere que “um dos maiores benefícios da actividade física no que se relaciona à sua interacção na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa reporta-se ao aumento dos níveis de independência e na maior capacidade funcional” (p.20).

Relativamente à questão de segurança, mais de metade da amostra teve uma queda nos últimos 12 meses (51%). Woodford (2009), cit. por Azeredo (2011), refere que “aproximadamente 30% das pessoas com 65 ou mais anos caem uma vez por ano e cerca de 15% duas ou mais vezes por ano, frequentemente com consequências de que resultam sequelas permanentes” (p.140). Azevedo (2002) diz a este propósito que nas pessoas idosas as quedas matam mais que a pneumonia ou a diabetes.

No nosso estudo a maioria das quedas ocorre em casa (68%), Silva, Costa-Paiva, Oshima, Morais e Pinto-Neto (2009) afirmam que segundo o estudo “Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose“, também verificaram que 56% das quedas ocorrem no próprio domicílio. Andrade (2012) acrescenta que a maioria das quedas acontece em casa, no quarto aquando do levantar e na casa de banho devido ao piso escorregadio.

Foi objetivo do grupo avaliar a QV das pessoas idosas Paúl *et al.* (2005) referem que a Qualidade de Vida indica a adaptação ao processo de envelhecimento e a sua compreensão está dependente da experiência fenomenológica, multidimensional que ultrapassa largamente a saúde.

Os valores médios obtidos são superiores a 50, pelo que se conclui que as pessoas idosas estão globalmente satisfeitas com a sua QV em cada um dos domínios da escala, sendo no domínio das relações sociais o valor médio obtido mais elevado (60,46%). Estes resultados corroboram o estudo realizado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003), “Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório da população portuguesa”, em que verificaram que para a maioria das pessoas idosas, a QV é bastante positiva.

Podemos verificar que os sentimentos que levaram a maioria das pessoas idosas a recorrer aos Centros de dia/Centros de convívio foram ultrapassados (necessidade de convívio com outras pessoas e não estar sozinho em casa), visto que é no domínio das relações sociais que eles referem ter melhor QV.

No que respeita à questão “como avalia a sua qualidade de vida”, a maioria das pessoas idosas responderem nem boa nem má (37,3%) ou boa (41,2%). Paúl *et al.* (2005) no estudo “Idosos rurais e urbanos: diferenças e semelhanças no processo de envelhecimento”, em que a QV era avaliada pelo WHOQOL-Bref, verificaram também que 3% dos idosos tinha

uma QV muito boa, 24% boa, 41% nem boa nem má, assemelhando-se aos resultados do nosso estudo.

Relativamente a questão “até que ponto está satisfeito com a sua saúde”, verificamos que cerca de 31,4% das pessoas idosas referiu estar insatisfeitas com a sua saúde e cerca 29,4% referiu estar satisfeita. Verificamos que as pessoas idosas, apesar da maioria não estar satisfeita com a sua saúde, avaliam a sua QV como boa. Este facto já foi também comprovado em estudos anteriores, pois segundo Paúl *et al.* (2005), citando Brandtstadter (2003), “as dificuldades dos idosos em termos de saúde e desempenho comportamental, associado a doenças e perdas irreversíveis, não têm um grande impacte negativo na qualidade de vida percebida” (p.78).

No mesmo estudo, Paúl *et al.* (2005) referem também que na avaliação da saúde o panorama é mais negativo, com muito insatisfeito (37%), insatisfeito (21%), nem satisfeito nem insatisfeito (22%), satisfeito (15%), muito satisfeito (5%). Neste estudo verificaram também que o nível de autonomia é o que melhor consegue prever a QV.

Azeredo (2011) refere que a “autonomia e independência nos idosos são consideradas condições essenciais para a qualidade de vida” (p.113), pelo que como verificamos no nosso estudo, a maioria da nossa amostra é independente, o que leva a uma perceção sobre QV melhor do que noutro grupo de indivíduos.

Podemos concluir que a leitura dos dados obtidos no nosso estudo assemelham-se ao estudo de Paúl *et al.* (2005), que apontam para uma baixa saúde percebida e elevada QV.

Na avaliação do nível de dependência das pessoas idosas, verificamos que a maioria, 64,7% é independente, e com uma dependência moderada 27,5%, razão para ambos os grupos poderem ainda permanecer nas suas casas. Paúl *et al.* (2005) relativamente às pessoas idosas a residir na comunidade, apontam que “o nível autonomia, em termos de capacidades instrumentais, é elevado, principalmente nos idosos rurais, o que lhes tem permitido, mesmo aos que vivem sós, permanecerem nas suas casas” (p.92).

Botelho (2005), citando Fillenbaum (1986), refere que “a funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos ... que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio” (p.111).

1.5. Problemas de saúde identificados

Depois de analisados os dados obtidos através da recolha de dados, identificaram-se vários problemas, que se traduzem, segundo Imperatori e Giraldes (1986), em necessidades sentidas e expressas pela população. Os vários problemas foram agrupados em 8 temas gerais, que se encontram na Tabela 11.

Tabela 11.
Resumo dos problemas identificados

Problemas	
Solidão	<ul style="list-style-type: none"> • 49% das pessoas idosas vive sozinha; • 58,8% refere que foram para o Centro de dia para não ficarem sozinhas em casa; • 43,3 ocupa os seu tempos livres a realizar trabalhos domésticos 43,1% e 39,2% a ver televisão;
Barreiras arquitetónicas na habitação	<ul style="list-style-type: none"> • 68,6% refere que tem escadas em casa;
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> • 39,9% ocupa os seus tempos livres fora da instituição a ver televisão;
Hábitos alimentares incorrectos	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda 23.5% refere fazer apenas 3 ou menos refeições por dia; • 72,5% bebe menos de 1litro de água por dia;
Existência de doença	<ul style="list-style-type: none"> • 90,2% sofre de doença;
Polimedicação	<ul style="list-style-type: none"> • 40,8% toma mais de 6 comprimidos por dia;
Escassa atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • Ainda 37,5% não realiza atividade física semanal;
Quedas	<ul style="list-style-type: none"> • 49% refere ter caído no último ano; • 68% refere ter caído em casa.

2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Durante o processo de priorização, surgem dificuldades que se prendem com qual o problema a escolher para a nossa intervenção. Tavares (1990) refere que o momento da priorização é considerado como a oportunidade de identificar o problema a solucionar em primeiro lugar, o que vai decidir todo o restante planeamento de saúde.

Desta forma, torna-se oportuno identificar e optar por uma técnica para determinar prioridades. Em consenso de grupo, optamos por utilizar uma técnica de ordenação denominada “Escala de Medida Linear”. Esta consiste na elaboração de uma escala de 0 a 1,00, sendo 1,00 o valor para a prioridade máxima. Neste método, cada membro do grupo de determinação de prioridades faz corresponder um valor da escala a cada problema. No final, calculando a média dos valores obtidos entre todos os problemas, surge a sua ordenação (Tavares, 1990).

O grupo de peritos foi constituído pelas quatro alunas em estágio e a sua enfermeira orientadora da UCC. Consideramos que, idealmente, deveríamos também incluir os diretores técnicos dos Centros de dia e até representantes dos idosos, no entanto, dada a quantidade de instituições e o tempo de estágio disponível, não nos pareceu uma opção viável. Assim, a enfermeira da UCC representa, desta forma, um perito conhecedor da comunidade.

Tabela 12.
Priorização dos problemas identificados

	1	2	3	4	5	Total	
Solidão	0.9	0.5	0.8	0.5	0.7	3.4	3º
Barreiras arquitetónicas na habitação	0.8	0.7	0.7	0.6	0.2	3.0	
Sedentarismo	0.6	0.3	0.4	0.8	0.5	2.6	
Hábitos alimentares	0.5	0.9	0.9	0.2	0.6	3.1	
Doença	0.1	0.4	0.3	0.4	0.4	1.6	
Polimedicção	0.4	0.6	0.6	0.3	0.3	2.2	
Escassa atividade física	0.7	0.8	0.5	0.7	0.8	3.5	2º
Quedas	1	1	1	1	1	5	1º

De acordo com o somatório das pontuações atribuídas pelos vários intervenientes mencionados anteriormente, para cada um dos problemas, obtivemos uma lista final de prioridades, ficando em:

1. Quedas;
2. Escassa Atividade Física;
3. Solidão;
4. Hábitos Alimentares Incorretos;
5. Barreiras Arquitectónicas na Habitação;
6. Sedentarismo;
7. Polimedicação;
8. Doença.

Na impossibilidade de trabalhar os vários problemas priorizados devido a falta de tempo, iremos implementar um programa relativamente ao problema de “Quedas”, uma vez que obteve o primeiro lugar na priorização dos problemas, no entanto, fica esta base para outros programas e projetos futuros.

- **Quedas nas Pessoas Idosas**

As quedas ocorridas em pessoas idosas são uma problemática comum em todos os países onde o envelhecimento demográfico é uma realidade. Segundo a OMS, cit. por Faria (2010), as quedas são “a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade” (p.16).

A DGS (2005), num documento sobre os acidentes domésticos em Portugal com pessoas idosas, revela que a principal causa destes acidentes é devida a quedas. Os idosos com mais de 80 anos têm uma taxa de mortalidade devido a quedas 6 vezes mais alta do que os idosos entre os 65 e os 79 anos, isto deve-se a estas caírem mais vezes e serem mais frágeis.

As quedas nos idosos apresentam uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% nos idosos com mais de 75 anos. As principais consequências das quedas, segundo a DGS (2005), são as concussões, contusões e hematomas. As partes do corpo mais lesionadas com 50% são os membros, seguindo-se a cabeça com 25%.

As quedas podem ocorrer devido a múltiplos fatores, segundo Rose (2010), cit. por Almeida (2011), podendo ser agrupados em quatro categorias: biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os fatores comportamentais e ambientais são os potencialmente modificáveis, sendo nestes que iremos atuar de forma a poder corrigi-los ou tratá-los. Os fatores comportamentais prendem-se com a ingestão de vários medicamentos, abuso de bebidas alcoólicas, estilo de vida sedentário, dieta empobrecida e uso de calçado inadequado. Os fatores ambientais relacionam-se com a interação entre as condições físicas do indivíduo e o meio ambiente, como por exemplo, as condições da própria habitação, tais como, superfícies escorregadias, tapetes, fios soltos.

As quedas representam um risco muito grande de morte e incapacitação nas pessoas idosas, sendo uma ameaça à sua saúde física e bem-estar psicológico. Estas acarretam consequências às pessoas idosas, aos membros da família, e sobrecarregam a parte financeira das instituições de saúde (Tideiksaar, 2003).

Verificamos, desta forma, que as quedas são um importante problema de saúde pública, com consequências individuais, mas também coletivas. A identificação de fatores de risco para as quedas ajudam a avaliar os problemas existentes, bem como planear estratégias de intervenção a nível pessoal e na comunidade.

Azeredo (2011) refere ainda que “há factores ambientais, nomeadamente na habitação, que podem ser prevenidos. A prevenção primária das quedas visa eliminar factores que a podem precipitar. Engloba um conjunto de medidas que têm como finalidade evitá-la” (p.140). A autora diz também que o exercício regular, como o Tai-chi, uma alimentação saudável, evitar o uso de alguns medicamentos e eliminar fatores ambientais que favoreçam as quedas, são medidas importantes.

3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Depois do diagnóstico de situação e definidos os problemas prioritários, temos que proceder à fixação de objetivos que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), "é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa" (p.77).

Neste contexto, o nosso objetivo geral é: Reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos que frequenta os Centros de dia/Centros de convívio em estudo, no concelho de Felgueiras, até 2015.

Foram definidos objetivos específicos a serem realizados pelo grupo até ao término do estágio e outros a terem continuidade pelos profissionais de saúde da UCC de Felgueiras, até 2015.

Assim, os objetivos específicos a serem cumpridos até ao término do estágio são:

1. Conseguir que, até final de janeiro de 2013, 90% das pessoas idosas adiram a uma atividade;
2. Conseguir que, até janeiro de 2013, 70% das pessoas idosas demonstrem conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa.

Os objetivos específicos a serem cumpridos até ao término do projeto são:

1. Conseguir que, até 2015, 90% das pessoas idosas adiram a pelo menos uma atividade de cada projeto;
2. Conseguir que, até 2015, 90% das pessoas idosas tenham recebido pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
3. Conseguir que, até 2015, 60% das pessoas idosas adaptem as suas casas como medida preventiva de quedas;
4. Conseguir que, até 2015, 80% das pessoas idosas demonstrem conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
5. Conseguir que, até 2015, 50% das pessoas idosas realizem pelo menos um rastreio auditivo;

6. Conseguir que, até 2015, 50% das pessoas idosas realizem pelo menos um rastreio visual;
7. Conseguir que, até 2015, 60% das pessoas idosas realizem pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;
8. Conseguir que, até 2015, 30% das pessoas idosas adiram à prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana;
9. Conseguir que, até 2015, 50% das pessoas idosas participem na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”;
10. Conseguir que, até 2015, 60% das pessoas idosas demonstrem conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”.

Foram ainda delineados os seguintes indicadores:

1. Percentagem de pessoas idosas que aderiram a uma atividade;
2. Percentagem de pessoas idosas que demonstraram conhecimento sobre barreiras arquitectónicas/prevenção de quedas em casa;
3. Percentagem de pessoas idosas que aderiram a pelo menos uma atividade em cada um dos projetos;
4. Percentagem de pessoas idosas que receberam pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
5. Percentagem de pessoas idosas que adaptaram as suas casas como medida preventiva de quedas;
6. Percentagem de pessoas idosas que demonstraram conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
7. Percentagem de pessoas idosas que realizaram pelo menos um rastreio auditivo;
8. Percentagem de pessoas idosas que realizaram pelo menos um rastreio visual;
9. Percentagem de pessoas idosas que realizaram pelo menos uma sessão prática de exercício de físico/reabilitação;
10. Percentagem de pessoas idosas que aderiram a prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
11. Percentagem de pessoas idosas que participaram na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
12. Percentagem de pessoas idosas que demonstraram conhecimentos sobre “Saber Cair e Levantar”.

4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Após todas as etapas definidas anteriormente, e para dar continuidade ao Planeamento em Saúde, é necessário planear operacionalmente a execução de um programa ou projeto. Segundo Tavares (1990), “um programa é um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia. Um Projecto é um conjunto de actividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (p.165).

O grupo denominou ao programa a ser implementado nesta comunidade “**EnvelheSER Ativo sem Quedas**”. Este foi composto por três projetos:

1. “**Casa Segura**”;
2. “**Cuida-te**”;
3. “**Toca a Mexer para Melhor Envelhecer**”.

Passaremos a descrever cada um dos projetos com respetivas atividades por meio de tabelas para uma melhor clarificação do que se pretendeu e foi realizado.

Tabela 13.

Estrutura do projeto “**Casa Segura**” com respetivas atividades

Caracterização do Problema:	Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos das pessoas idosas sobre a prevenção de quedas em casa e realizar visitas domiciliárias no intuito de encontrar junto das mesmas barreiras arquitetónicas que possam vir a ser minimizadas ou eliminadas.
Duração do Projeto:	3 anos
ATIVIDADE 1	
Sessão de educação para a saúde em relação às barreiras arquitetónicas/quedas em casa, dirigida as pessoas idosas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Local:	Nos vários Centros de dia e Centro de convívio que participaram no estudo
Custos e Financiamento:	Suportada pelas alunas e pela UCC Felgueiras
Data:	4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012
Recursos Materiais:	Sala, computador, projetor e folheto sobre prevenção de quedas em casa (Anexo G)

ATIVIDADE 2	
Apresentação do filme “Casa Segura”	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade executora:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Local:	Escola Secundária da Lixa
Custos e Financiamento:	Suportada pelas alunas
Data:	17 de dezembro de 2012
Recursos Materiais:	Sala, Computador, projetor e filme “Casa Segura”

ATIVIDADE 3	
Visitação domiciliária a casa das pessoas idosas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Enfermeiras e Assistente Social da UCC de Felgueiras
Local:	Casa das pessoas idosas.
Custos e Financiamento:	Suportada pela UCC Felgueiras
Data:	A designar
Recursos Materiais:	Viatura

Tabela 14.

Estrutura do projeto “**Cuida-te**” com respetivas atividades

Caracterização do Problema:	Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos das pessoas idosas sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas.
Duração do Projeto:	3 anos

ATIVIDADE 1	
Sessão de educação para a saúde sobre comportamentos a ter relativamente a prevenção de quedas dirigida as pessoas idosas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Enfermeiras da UCC de Felgueiras
Local:	Nos vários Centros de dia e Centro de convívio que participaram no estudo
Custos e Financiamento:	Suportada pela UCC de Felgueiras
Data:	A designar
Recursos Materiais:	Sala, computador e projector

ATIVIDADE 2	
Rastreio auditivo e visual aos idosos	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Profissionais de Saúde da Equipa da UCC e Técnicos Especializados
Local:	A designar
Custos e Financiamento:	A designar
Data:	A designar
Recursos Materiais:	A designar

Tabela 15.

Estrutura do projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer” com respetivas atividades

Caracterização do Problema:	Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos das pessoas idosas relativamente aos exercícios físicos/reabilitação, bem como a realização dos mesmos, com o intuito de promover/ manter a autonomia, independência e a prevenção de quedas.
Duração do Projeto:	3 anos
ATIVIDADE 1	
Sessão prática de exercícios físicos/reabilitação dirigida as pessoas idosas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS, professor de Educação Física e Enfermeiras Especialistas em Reabilitação da UCC
Local:	Nos vários Centros de dia e Centro de convívio que participaram no estudo e na Escola Secundária da Lixa
Custos e Financiamento:	Suportada pelas alunas
Data:	4, 5, 6, 10,12,17 e 19 de dezembro 2012
Recursos Materiais:	Sala, computador, música, balões, rolos, fitas, cadeiras, cartaz sobre exercícios físicos (Anexo H)
ATIVIDADE 2	
“Banca da Saúde” direcionada as pessoas idosas com informações sobre exercícios físicos como meio de prevenção de quedas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade executora:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Local:	Escola Secundária da Lixa
Custos e Financiamento:	Suportada pelas alunas
Data:	17 de dezembro de 2012
Recursos Materiais:	Sala, mesa e folheto informativo sobre exercícios físicos para fazer em casa (Anexo I)
ATIVIDADE 3	
Sessão prática de Tai Chi Chuan dirigida as pessoas idosas	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Enfermeiras da UCC de Felgueiras e professor de Tai Chi Chuan
Local:	A designar
Custos e Financiamento:	A designar
Data:	A designar
Recursos Materiais:	A designar
ATIVIDADE 4	
Sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”	
Entidade Proponente:	Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS
Entidade Executora:	Enfermeiras da UCC de Felgueiras
Local:	Centros de dia/Centro de convívio
Custos e Financiamento:	Suportada pela UCC Felgueiras
Data:	A designar
Recursos Materiais:	A designar

5. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PLANEADAS

Para a execução do programa, foram criados 3 projetos com várias atividades, umas realizadas até janeiro de 2013 e outras até 2015. Para a implementação das atividades, tivemos em atenção as limitações existentes, desde as características da população alvo até à escassez de recursos. As atividades realizadas até janeiro de 2013 foram as seguintes:

- **Atividade 1 – Projeto “Casa Segura” - Sessão de educação para a saúde em cada um dos Centros de dia/Centro de convívio sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.** A sessão foi realizada nos dias 4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012, com uma apresentação multimédia de imagens para fornecer aos idosos conhecimentos de como prevenir quedas em casa (Anexo J).

Foi um momento de convívio em que todas as pessoas idosas quiseram participar, trocando ideias e experiências. No final da sessão, fornecemos um folheto sobre prevenção de quedas em casa, para as pessoas idosas levarem para casa para lhes ajudarem a recordar o que podem fazer como medidas preventivas de prevenção de quedas (Anexo G).

Realizamos, também, em conjunto com as várias instituições, no dia 17 de dezembro de 2012, no encontro de Natal:

- **Atividade 2 – Projeto “Casa Segura” - Apresentação do filme - Casa Segura,** sobre prevenção de quedas das pessoas idosas em casa. Com o filme proporcionamos a possibilidade de visualizar os perigos que podem existir nas casas e como podem preveni-los. No final da apresentação fomentou-se a troca de opiniões entre as pessoas idosas.

O projeto “**Toca a mexer para melhor Envelhecer**” foi realizado também em cada um dos Centros de dia e Centros de Convívio nos dias 4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012. Iniciamos com a seguinte atividade:

Atividade 1 – Projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer” - Sessão prática de exercício físico/reabilitação. No final da sessão de educação para a saúde, e com a colaboração das enfermeiras da UCC, especialistas em Enfermagem de Reabilitação, realizou-se com as pessoas idosas uma sessão prática de exercício físico/reabilitação.

Nesta sessão prática, mais uma vez as pessoas idosas mostraram-se entusiasmadas, participando em todos os exercícios que lhes eram propostas. No final da sessão, foi eleito um responsável em cada Centro de dia/Convívio para, semanalmente, e utilizando o plano de exercício deixado nos respetivos centros, dar continuidade à atividade (Anexo H).

Ainda na festa de natal no dia 17 de dezembro de 2012 realizamos a mesma atividade sob a orientação de uma professora de educação física, um conjunto de exercícios práticos, com o intuito de fomentar o convívio entre as pessoas idosas e incentivar a prática das mesmas, mostrando como pode ser divertido realizar atividade física e as vantagens que esta lhes pode trazer.

Nesta sessão, as pessoas idosas realizaram exercícios de pé e outras sentadas, utilizaram vários objetos, tais como: balões, fitas e rolos ao som de uma música animada. Terminou-se a sessão com o entusiasmo das pessoas idosas a realizarem exercício físico com arrombamento dos balões com os pés (Anexo K).

- **Atividade 2 – Projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer” - Banca da Saúde.**

Esta atividade foi realizada no dia 17 de dezembro de 2012, no encontro de Natal dos vários Centros de dia/Centro de convívio para esclarecimento de dúvidas sobre atividade física como meio de prevenção de quedas. Nesta banca foi fornecido um folheto com imagens para mais fácil compreensão sobre exercícios para realizarem em casa com o intuito de melhorarem a aptidão física e reduzir o risco de quedas (Anexo I).

Todas as atividades motivaram o grupo, que se sentiu acarinhado pelas pessoas idosas e valorizado pelas mesmas. Apercebemo-nos que as pessoas idosas compreenderam a importância do nosso trabalho e a utilidade do mesmo na sua vida diária.

Foi realizado o plano de sessão para cada uma das atividades (Anexo L).

6. AVALIAÇÃO

Após a execução das atividades planeadas, passamos para a última etapa do processo de Planeamento em Saúde, “a avaliação”, através da qual se pretende determinar o resultado das intervenções e verificar se estas tiveram sucesso. Com a avaliação pretende-se melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos, assim como justificar atividades realizadas e identificar insuficiências (Tavares,1990).

Neste contexto, Imperatori e Giraldes (1993) defendem que ”avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (p.173).

Definimos diferentes atividades dinâmicas dirigidas ao problema priorizado, contudo, devido à limitação temporal existente para a intervenção comunitária, foi-nos impossível realizar todas as atividades presentes no Programa “EnvelheSER Ativo sem quedas”, elaboradas para os diferentes Projetos (“Casa Segura”, “Cuida-te” e “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”).

Neste sentido, o grupo avaliou as atividades realizadas através da análise dos indicadores obtidos.

Para avaliação da sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa, foi realizada uma ficha de avaliação com sete pares de imagens (Anexo M), em que as pessoas idosas teriam de escolher a figura de atitude correta a tomar para a prevenção de quedas, optou-se por esta metodologia pois poderíamos ter no grupo pessoas idosas que não soubessem escrever. Após a correção da ficha de avaliação, verificamos que 73% das pessoas idosas demonstraram conhecimentos (Anexo N). Através do indicador de atividade inicialmente proposto, constatamos que o objetivo inicialmente proposto foi atingido (conseguir que até janeiro 2013, 70% das pessoas idosas demonstrem conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa).

Na avaliação através da ficha, consideramos que as pessoas idosas têm conhecimentos se responderam corretamente a pelo menos 6 das 7 questões.

Indicador de atividade: Percentagem de pessoas idosas que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.

$$\begin{array}{l} \text{Percentagem de pessoas idosas} \\ \text{que demonstraram conheci-} \\ \text{mentos sobre barreiras} \\ \text{arquitetónicas/prevenção de} \\ \text{quedas em casa} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nº de pessoas idosas que} \\ \text{demonstraram conhecimentos} \\ \text{sobre barreiras arquitetónicas/} \\ \text{prevenção de quedas em casa} \end{array}}{\text{Nº total de pessoas idosas}} \times 100 = 37/51=0.73 \times 100=73\%$$

Para avaliar a adesão as atividades realizadas, procedemos a vários cálculos, no sentido de dar resposta ao indicador de atividade inicialmente proposto.

Indicador de atividade: Percentagem de pessoas idosas que aderiram a uma atividade;

A avaliação da adesão à sessão de educação sobre barreiras arquitetónicas/ prevenção de quedas em casa., foi realizada com a chamada e registo das pessoas idosas pertencentes à amostra em cada Centro de dia/Convívio, resultando numa adesão de 100%, atingindo desta forma o objetivo proposto (Anexo O).

Fórmula de Cálculo: Percentagem de pessoas idosas que aderiram à sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónica/prevenção de quedas em casa.

$$\begin{array}{l} \text{Percentagem de pessoas} \\ \text{idosas que aderiram à} \\ \text{atividade de educação para a} \\ \text{saúde sobre barreiras} \\ \text{arquitetónicas/prevenção de} \\ \text{quedas em casa} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nº de pessoas idosas que} \\ \text{aderiram à atividade de educação} \\ \text{para a saúde sobre barreiras} \\ \text{arquitetónicas/prevenção de} \\ \text{quedas em casa} \end{array}}{\text{Nº total de pessoas idosas}} \times 100 = 51/51 \times 100 = 100\%$$

A avaliação da banca da saúde foi obtida pela participação das pessoas idosas na mesma. Assim, registamos o nome de todas as pessoas idosas que se dirigiram a esta, calculando uma taxa de adesão de 80% (Anexo O).

Fórmula de Cálculo: Percentagem de pessoas idosas que aderiram à atividade “Banca da Saúde”.

$$\text{Percentagem de pessoas idosas que aderiram à atividade "Banca da Saúde"} = \frac{\text{Nº de pessoas idosas que aderiram à atividade "Banca da Saúde"}}{\text{Nº total de pessoas idosas}} \times 100 = 41/51=0.8 \times 100=80\%$$

Para avaliação da sessão prática de exercício físico/reabilitação, foi registada a participação das pessoas idosas, havendo uma adesão de 80% (Anexo O).

Fórmula de Cálculo: Percentagem de pessoas idosas que aderiram a sessão prática de exercício físico/reabilitação.

$$\text{Percentagem de pessoas idosas que aderiram à sessão prática de exercício físico/reabilitação} = \frac{\text{Nº de pessoas idosas que aderiram à sessão prática de exercício físico/reabilitação}}{\text{Nº total de pessoas idosas}} \times 100 = 41/51=0.8 \times 100=80\%$$

Por fim, a atividade de exibição do filme “Casa Segura”, também foi avaliada pela monitorização da adesão na visualização do filme, que foi de 71% (Anexo O).

Fórmula de Cálculo: Percentagem de pessoas idosas que aderiram a atividade de exibição do filme “Casa Segura”.

$$\text{Percentagem de pessoas idosas que aderiram à atividade de exibição do filme "Casa Segura"} = \frac{\text{Nº de pessoas idosas que aderiram à atividade de exibição do filme "Casa Segura"}}{\text{Nº total de pessoas idosas}} \times 100 = 36/51=0.71 \times 100=71\%$$

Estas últimas quatro atividades deram resposta ao objetivo: conseguir que, até final de janeiro de 2013, 90% das pessoas idosas adiram a uma atividade, visto que uma das atividades registou uma adesão de 100%.

Verificamos que trabalhar com oito instituições diferentes pode acarretar uma dificuldade acrescida, uma vez que estas são dispersas por todo o concelho e têm horários específicos que tentamos sempre respeitar, o que dificultou um pouco a nossa atuação, no entanto, o grupo consegui cumprir todas as etapas do estudo em tempo útil e atingiu os objetivos inicialmente propostos.

Em resumo, verificamos que o problema priorizado “quedas”, com as intervenções desenvolvidas com as pessoas idosas e com o seguimento do Programa EnvelheSER Ativo com a equipa da UCC que sempre demonstrou um *feedback* positivo e que tem como pretensão continuar o programa, irá ser minorado ao longo do tempo e, desta forma, também irá cumprir os indicadores propostos até 2015.

NOTAS FINAIS

Com o término deste relatório, verificamos que a investigação científica contribui para a aquisição de conhecimentos e nos permite conhecer uma realidade desconhecida. Stanhope e Lancaster (2011) referem que o enfermeiro "...como educador, está em posição ideal para realizar estudos, como investigador, que faça avançar a prática da enfermagem..." (p.1048).

Através do enquadramento teórico, verificamos que o EA é algo que deve existir continuamente na vida de qualquer cidadão, e que durante décadas Portugal esteve associado a elevadas taxas de natalidade e de mortalidade, no entanto, o crescimento da população idosa tem sido notório nos últimos anos levando a um impacto social.

O ano 2012, designado o "Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações", leva-nos a refletir sobre esta questão social. O Enfermeiro Comunitário, segundo Souto *et al.* (2013) "elaborando diagnósticos de saúde de uma comunidade (identificando os determinantes dos problemas e as necessidades em saúde de grupos ou comunidades, entre outros) pode ajudar/orientar o indivíduo/família/comunidade a restabelecer o seu equilíbrio, este alterado com o seu processo de envelhecimento, para conseguir manter ou obter melhor saúde" (p.5) e, desta forma, promover o EA que pode ser uma solução para a resolução dos problemas sociais existentes.

Se existem fatores como a idade e o sexo que não podem ser modificáveis, no entanto, outros factores como a prevenção de doenças, ambientes, entre outros, nos quais salientamos a prevenção de quedas nas pessoas idosas, podem ser alvo de uma intervenção eficaz.

Deve investir-se na promoção da saúde, na prevenção da doença, na formação ao longo da vida. A promoção de saúde, segundo a OMS, cit. por Laverack (2004), é como "o aumento da capacidade dos indivíduos para controlarem a sua saúde" (p.15). Azeredo (2011) refere que "nos profissionais de saúde deve ser incutida a necessidade de num continuum (ao longo da vida), se actuar de forma preventiva, evitando desta forma perdas de anos de vida e incapacidades precoces, uma vez que o aumento da longevidade traz inexoravelmente um aumento de incapacidades e doenças com consequências sócio-sanitárias" (p.13).

O EMEC encontra-se numa posição privilegiada para intervir nesta área, com o seu leque de conhecimentos e as competências que adquiriu. Pode e deve aceitar este desafio, avaliar, intervir com as pessoas idosas, munindo-as de ferramentas para que seja possível viverem de uma forma ativa.

Citando Stanhope e Lancaster (2011), o EMEC “possui experiência clínica em planeamento interdisciplinar, organização, empoderamento comunitário, prestação e avaliação de serviços, actividades políticas e legislativas e liderança em intervenções que têm um efeito positivo na saúde da comunidade” (p.972).

Souto *et al.* (2013) referem ainda que “um aspeto fundamental da Promoção da Saúde seria então capacitar (“to empower”) as pessoas de forma a terem mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objetivos e processos da Promoção da Saúde” (p.7).

Realizamos desta forma o nosso estudo com pessoas idosas com mais de 65 anos, que pertencem aos Centros de dia/Centro de convívio de Felgueiras. Apesar de ser um concelho jovem, nos últimos anos Felgueiras tem tido um aumento significativo do índice de envelhecimento, acabando por acompanhar o panorama de envelhecimento a nível nacional.

Depois de realizar o diagnóstico de situação em que foi utilizado como métodos de recolha de dados um questionário, a escala de avaliação da QV, WHOQOL-Bref, e o Índice de Barthel, constatamos que existam alguns problemas de saúde, que acabavam por interferir negativamente na vida das pessoas idosas, e que devido à impossibilidade temporal decidimos intervir após a priorização no problema das Quedas. As quedas são um sério problema de saúde pública nas pessoas idosas, ocorrendo frequentemente e podendo levar a um grave problema de saúde pública. As quedas causam 90% das fraturas de quadril em idosos, levando a uma alta morbilidade, mortalidade e custo para a saúde pública. As suas determinantes podem ser atribuídas devido a fatores extrínsecos, relacionando-se com o ambiente onde o indivíduo se encontra, e a fatores intrínsecos, tais como o estado físico e cognitivo do indivíduo (Silva *et al.*, 2009).

Foi desta forma implementado o programa “EnvelheSER Ativo sem Quedas”, com três projetos intitulados “Casa Segura”, “Cuida-te” e “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”.

Decidimos intervir nos contextos e estilos de vida das pessoas idosas de forma a reduzir o risco de quedas. Foram desenvolvidas estratégias como sessões de Educação para a Saúde, aulas práticas de exercício físico, a visualização de um filme sobre prevenção de quedas em casa e uma banca da saúde com o intuito de esclarecer questões relacionadas com a atividade física e a redução do risco de quedas.

Silva (2005) refere que:

...admite-se que, com a idade, ocorra uma certa deterioração da saúde física, que pode ser vivida como uma grande provação e conduzir a problemas emocionais. Prevenir essa deterioração com a implementação de hábitos de vida de saúde – dieta adequada, exercício físico regular, condições de habitação livre de acidentes (nota-se o risco acentuado de quedas domésticas com fracturas) e meio ambiente seguro -, poderá constituir-se como uma estratégia de prevenção susceptível de ser implementada pelo próprio, devidamente informado e esclarecido, activamente gerindo e controlando as condições da sua vida. (p.151)

Decorrente da análise da avaliação das sessões desenvolvidas, verificou-se uma adesão às sessões entre os 71% a 100%, relativamente aos conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa, verificamos que as pessoas idosas obtiveram 73% de respostas corretas.

Com o desenvolvimento do estudo, consideramos assim ter atingido os objetivos propostos, uma vez que contribuímos para o aumento de conhecimento e sensibilizamos as pessoas idosas sobre medidas a adotar na prevenção de quedas.

Como referem Paúl e Fonseca (2001), “alterar o comportamento das pessoas não é, seguramente, uma tarefa fácil, mesmo que tal se revele benéfico para elas mesmas e para a comunidade” (p.93), pelo que deixamos delineadas intervenções e objetivos a longo prazo, para a UCC de Felgueiras que, após o seu feedback positivo, decidiu dar continuidade ao programa EnvelheSER Ativo sem Quedas.

Não poderíamos concluir o presente relatório sem referir que este trabalho foi um desafio para a equipa, visto ser o primeiro trabalho elaborado por nós tendo em conta o Planeamento em Saúde. Uma das limitações deste estudo prendeu-se também com a dificuldade em conciliar os nossos horários disponíveis para a implementação do programa com o curto tempo disponível das pessoas idosas para a realização das atividades, bem como o distanciamento entre os diversos centros de dia/Convívio.

Em futuros trabalhos, poderíamos alargar a nossa intervenção a todas as pessoas idosas com mais de 65 anos residentes no concelho de Felgueiras, bem como a outros concelhos

em que as quedas se revelassem como um problema de saúde. Este programa “ EnvelheSer Ativo sem Quedas” pode perfeitamente ser replicados noutros contextos ambientais e no nosso contexto de trabalho.

Não queremos concluir sem deixar de salientar a opinião de Paúl *et al.* (2005), que realçam que “aumentar o nível de educação e rendimento, o acesso à saúde e aos serviços, bem como a integração social, podem ser respostas claras no sentido de implementar o envelhecimento activo e a qualidade de vida” (p.93).

Desta forma, pensamos ter conseguido despertar a necessidade de intervir no EA, lutar para que as pessoas idosas envelheçam de forma ativa, em oposição a idosos incapazes, cuja autonomia esteja limitada quer pela doença quer pelo contexto onde vivem, intervindo sempre na, com e para a comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P.R. (2011). *Idosos, quedas e actividade física: Percepção e atitudes*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Andrade, J.C. (2012). Prevenção de quedas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 123-133). Loures: Euedito.
- Arantes, P. (2003). Perspectiva holística do idoso: Uma visão Necessária. *Revista Sinais Vitais*, 48, 62-66.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Azeredo, Z. (2002). O idoso no mundo do trabalho. In *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 177-180). Porto: Universidade Portucalense.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Editora Psico&Soma.
- Azevedo, J (2002). As quedas na terceira idade. Recuperado em 1 dezembro, 2012, de <http://Ficarjovemlevatempo.com.br>.
- Bayle, F.C. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica*, 22 (3), 621-627.
- Becker, D. (2001). *No seio da família: Amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família*. Tese de mestrado não publicada, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado em 1 dezembro 2012, de http://portaltiese.icict.fiocruz.br/transf.php?id=00004002&lng=pt&nrm=iso&script=thes_chap.
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 115- 135). Lisboa: Climepsi.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Câmara Municipal de Felgueiras. (2012). Recuperado em 1 dezembro, 2012, de <http://www.cm-felgueiras.pt>.
- Campos, M.O., & Neto, J.F.R. (2008). Qualidade de vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 32 (2), 232-240.
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Carvalho, M.J., & Mota, J. (2008). Práticas promotoras de saúde e qualidade de vida: A actividade física – O exemplo dos idosos. In A.A.C. Albuquerque, L.V. Santiago & N.L.F. Fumes (Orgs.), *Educação física, desporto e lazer: Perspectivas luso-brasileiras* (pp. 23-30). Castelo da Maia: Instituto Superior da Maia.
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República, 93. Série I-A.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Lisboa: Autor.
- Faria, M.V. (2010). *Efeito da actividade física sobre factores de risco de queda em idosos: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, M.M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Fernandes, S.L.C. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de percursos. Um estudo de caso*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Portucalense, Porto.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Franco, J. (2009). *Enfermeiro na comunidade*. Recuperado em 1 dezembro 2012, de <http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/1249.html>.
- Geib, L.T.C., Neto, A.C., Wainberg, R., & Nunes, M.L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria, RS*, 25 (3), 453-465.
- Gil, A.C. (2006). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A.M. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (1), 137-143.
- Guimarães, R.M. (2010). *Envelhecer com qualidade, um capital de saúde*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Guiomar, V.C.R.V. (2010). *Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada*. Psicologia.pt. O Portal dos Psicólogos. Recuperado em 1 dezembro

- 2012, de http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0261.
- Hortelão, A.P.S. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida: Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir*, 52 (3), 119-131.
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1986). Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia de planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto de Gestão do Fundo Social Europeu. (2012). Recuperado em 1 dezembro 2012, de http://www.igfse.pt/st_ano_europeu_2012.asp?startAt=2&categoryID=433.
- Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Projeções da população residente, NUTSIII 2000-2050*. Recuperado em 1 dezembro 2012, de [http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20\(INE\).pdf](http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20(INE).pdf).
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Anuário estatístico de Portugal*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011: Resultados Provisórios*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Jaques, M.E.M.R. (2003). Promoção da longevidade activa e com autonomia. *Informar*, 9 (31), 14-19.
- Keong, A.M.P.A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas*. Tese de mestrado integrado em Psicologia não publicada, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Laverack, G. (2004). *Promoção de saúde, poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Magalhães, E.E. (2005). *Envelhecimento demográfico: Novos desafios* [Power-Point]. Instituto Politécnico de Bragança. Recuperado em 1 dezembro 2012, de www.ppt2txt.com/r/z5598adc.
- Martins, R.M. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Revista Millenium*, 31, 128-134.
- Ministério do Trabalho e da Segurança Social. (2012). Recuperado em 12 dezembro, 2012, de <http://www.cartasocial.pt/conceitos.php?img=7>.

- Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Lisboa: Lusociência.
- Mota, J. (2008). Qualidade de vida do idoso: A importância e o papel da actividade física. In A.A.C. Albuquerque, L.V. Santiago & N.L.F. Fumes (Orgs.), *Educação física, desporto e lazer: Perspectivas luso-brasileiras* (pp. 19-22). Castelo da Maia: Instituto Superior da Maia.
- Nazareth, J. (2009). *Crescer e envelhecer: Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Neri, A.L. (1995). Psicologia do envelhecimento: Uma área emergente. In A.L. Neri (Org.), *Psicologia do envelhecimento: Temas seleccionados na perspectiva de curso de vida* (pp. 13-40). Campinas: Papirus.
- Neri, A.L. (2004). Qualidade de vida na velhice: In J.R. Rebelatto & J.G.S. Morreli, *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Recuperado em 1 dezembro 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (Coord.). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Palmeirão, C.M. (2002). Derrubar para mudar. In *Terceira Idade: Uma questão para a Educação Social* (pp. 35-46). Porto: Universidade Portucalense.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (1999) A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-362
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2005). Envelhecer em Portugal. *Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (Cap. 2, pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M.C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social* (pp. 275-287). Recuperado em 1 dezembro 2012, de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- Pignatti, M.G. (2004). Saúde e ambiente: As doenças emergentes no Brasil. *Ambiente & Sociedade*, 7 (1), 134-148.

- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, R. (2012). A alimentação no idoso e fatores influenciadores do apetite. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 261-270). Loures: Euedito.
- Regulamento n.º 128/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 35. Série II.
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rocha, M.C.J. (2009). O envelhecimento activo: Uma análise à luz de uma ética educativa crítica. *A Terceira Idade*, 20 (45), 38-42.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Serra, A.V., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Quartilho, M.J., & Rijo, D. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 41-49.
- Silva R.B., Costa-Paiva, L., Oshima, M.M., Morais, S.S., & Pinto-Neto, A.M. (2009). Frequência de quedas e associação com parâmetros estabilométricos de equilíbrio em mulheres na pós-menopausa com e sem osteoporose. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 31 (10), 496-502.
- Silva, M.E.D. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (Cap. 5, pp. 139-156). Lisboa: Climepsi.
- Silva, R. (2012). A Alimentação no idoso e factores influenciadores do apetite. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 261-269). Loures: Euedito.
- Silva, S.M. (2008). Os espaços de participação das pessoas mais velhas na sociedade portuguesa actual. In *VI Congresso Português de Sociologia – Mundos sociais: Saberes e práticas*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Smethurst, W.S. (2005). Envelhecimento ativo: Da intenção à ação. In *Seminário Quantos Somos e Quem Somos no Nordeste: Seminário de análise do censo demográfico 2000* (pp. 150-155). Recife: Fundação Gilberto Freyre. Recuperado em 1 dezembro, 2012, de http://www.fgf.org.br/centrodedocumentacao/publicacoes/qsqsne/anais_QSQSNE.pdf.

- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice* (2a ed.). Porto: Âmbar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2006). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Souto, A., Ramos, C., Pereira, C., Azevedo, V., Nogueira, A., & Magalhães, C. (2012/2013). Envelhecimento pro-ativo: Papel do enfermeiro comunitário. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 5 (1), 4-9.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7a ed.). Lisboa: Lusociência.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, M.A.V. (2008). *Centro de dia na perspectiva do utente: Uma visão global*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Tideiksaar, R. (2003). *As quedas na velhice: Prevenção e cuidados* (2a ed.). São Paulo: Andrei Editora.
- Trentini, C.M. (2006). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Recuperado em 1 dezembro 2012, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3471/000401328.pdf?sequence=1>.
- Veloso, E. (2008). A análise da política da terceira idade em Portugal, de 1976 a 2002. In *VI Congresso Português de Sociologia – Mundos sociais: Saberes e práticas*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Veríssimo, M. (1999). Exercício físico nos idosos. In M.A.M. Costa, *O idoso: Problemas e realidades* (pp. 120-121). Coimbra: Formasau.
- Zeichner, K. (1993). *A formação reflexiva dos professores: Ideias e práticas*. Lisboa: Educa.
- Zimerman, G.I. (2000). *A velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXOS

Anexo A

Pedidos de autorização para a realização do estudo (Carta de apresentação às instituições do programa EnvelheSER Ativo; Consentimento Informado)

Carta de apresentação do Programa EnvelheSER ATIVO

(enviada por correio eletrónico)

ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Programa EnvelheSER ATIVO

Somos enfermeiras do II Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa, a desenvolver um trabalho relacionado com o Envelhecimento Ativo, no âmbito do estágio de Planeamento de Saúde, que decorrerá no período de 01 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013.

Este trabalho será realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras e tem como finalidade promover o envelhecimento ativo nos idosos. Numa primeira fase, temos como objetivo proceder à elaboração do diagnóstico de situação que compreende a aplicação de um questionário para apurar as necessidades dos idosos, relativamente às determinantes de saúde.

Posteriormente, numa segunda fase, pretendemos delinear e implementar intervenções que darão resposta às necessidades de saúde identificadas na fase anterior.

Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação. Para qualquer esclarecimento poderá contactar-nos através da Sr^a Enfermeira Iola Ferronha (orientadora deste estágio) ou diretamente na UCC de Felgueiras, através do telefone 255312983/961314363 ou do endereço de e-mail eccifelgueiras@gmail.com

Desde já mostramos disponibilidade para realizar um contacto presencial nos dias *4 de outubro* (quinta) no *período da manhã*, *9 de Outubro* (terça) no *período da tarde* ou dia *10 de outubro* (quarta) no *período da manhã*. Estamos disponíveis também para outros dias de acordo com a vossa disponibilidade. Aguardamos uma resposta neste sentido.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Souto, Cláudia Pereira, Clara Ramos e Vera Azevedo

e

Benvinda Ribeiro, Enfermeira Coordenadora da UCC de Felgueiras

Felgueiras, 03 de outubro de 2012

CONSENTIMENTO INFORMADO

3.1. Programa “EnvelheSER ATIVO”

Este instrumento de colheita de dados foi elaborado no âmbito do programa “EnvelheSER Ativo”, inserido no estágio de Planeamento em Saúde do 2º ano do curso de mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, que visa trabalhar a temática do envelhecimento ativo, no concelho de Felgueiras. A população alvo abrange os utentes dos centros de dia/sociais do concelho de Felgueiras, com idade igual ou superior a 65 anos (idosos).

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando o anonimato e confidencialidade. Este poderá ser objeto de publicação em revistas científicas. A informação recolhida poderá ainda contribuir para a criação e implementação de projetos relacionados com a promoção do envelhecimento ativo nos idosos.

Agradecemos desde já a sua participação.

Fui informado dos objetivos e finalidade do programa “EnvelheSER ATIVO”, assim como de ter liberdade para recusar colaborar/participar no mesmo.

Ao participar, autorizo ainda a captação de imagens (fotografia/vídeo) das atividades realizadas, com fins de divulgação e documentação do programa.

De forma livre e esclarecida:

Desejo participar na colheita de dados e atividades inseridas no programa “EnvelheSER ATIVO”.

Recuso participar na colheita de dados e atividades inseridas no programa “EnvelheSER ATIVO”.

Assinatura _____

Felgueiras, __ de Outubro de 2012

Anexo B

Respostas aos pedidos de autorização para a implementação do programa EnvelheSER

Ativo



Clara Ramos <claralbr80@gmail.com>

FW: pedido de autorização para a implementação do Projeto envelheSER ATIVO

3 mensagens

iola ferronha <iolaferronha@hotmail.com> 5 de Outubro de 2012 às 07:35
Para "Clara - Mestrado de Comun. CESP" <claralbr80@gmail.com>

> Date: Thu, 4 Oct 2012 16:53:07 +0100
> Subject: Fwd: pedido de autorização para a implementação do Projeto envelheSER ATIVO
> From: eccifelgueiras@gmail.com
> To: iolaferronha@hotmail.com

>
> ----- Forwarded message -----
> From: Dina Peixoto <dina_peixoto_2@hotmail.com>
> Date: Thu, 4 Oct 2012 15:44:42 +0000
> Subject: pedido de autorização para a implementação do Projeto envelheSER ATIVO
> To: eccifelgueiras@gmail.com

>
>
> Boa tarde Srª Enfermeira Iola Ferronha!

>
> Conforme o combinado via telefone, estou a contata-la novamente para
> ver se seria possível marcar um contato presencial para dia 9 de
> Outubro durante o período da tarde (14:30 às 16:30), para falarmos de
> algumas questões relacionadas com o pedido de autorização relativo à
> implementação do Projeto envelheSER ATIVO.

>
> Sem mais nenhum assunto de momento

>
> Atenciosamente

>
> A Diretora técnica da Associação Bairro João Paulo II

>
> Dina Peixoto

>
> --
> Atentamente
> ECCI Felgueiras

>
> Morada
> ECCI Felgueiras
> Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras
> Rua Padre Justino António da Silva
> 4610-821 Várzea Felgueiras
> Telf: 255312983 Fax:255926473

Clara Ramos <claralbr80@gmail.com> 6 de Outubro de 2012 às 17:00
Para verasofia_azevedo <verasofia_azevedo@hotmail.com>, Cláudia Sofia Mota Pereira
<claudiamotapereira@gmail.com>, Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

REGIÃO NOROCCIDENTAL

Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

**

Boa Tarde,

Conforme solicitado, confirmo disponibilidade para recebê-los no dia 9 de outubro, às 15h.
Cumprimentos,

Sandra Teixeira
(Diretora)

----- Original Message -----

From: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>
Cc: Benvinda Ribeiro <benvijesus@gmail.com> ; claralbr80@gmail.com
Sent: Wednesday, October 03, 2012 8:02 AM
Subject: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto
[Citação ocultada]
dias *4 de outubro* (quinta) no *período da manhã*, *9 de outubro* (terça)
no *período da tarde* ou dia *10 de outubro* (quarta) *no período da manhã*.
[Citação ocultada]

ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>
Para claralbr80 <claralbr80@gmail.com>

15 de Janeiro de 2013 às 07:12

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Centro Social Pedra Maria** <cspedramaria@gmail.com>
Data: 3 de Outubro de 2012 às 12:27
Assunto: Re: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO -
UCC Felgueiras
Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Bom dia,

A nossa instituição terá todo o gosto em colaborar com o vosso Projecto.

Teria disponibilidade para reunir no dia 10 de Outubro pelas 10h30m.

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Magalhães
(Directora Técnica)

Em 3 de outubro de 2012 11:49, ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com> escreveu:
[Citação ocultada]

—
Atentamente
ECCI Felgueiras

Morada
ECCI Felgueiras

<https://mail.google.com/mail/h/b1ntlzag7q7h/?&v=pt&th=13c4496a895a24bf>

21-01-2013

Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras
Rua Padre Justino António da Silva
4610-821 Várzea Felgueiras
Telf: 255312983 Fax:255926473

[Citação ocultada]

Clara Ramos <claralbr80@gmail.com> 16 de Janeiro de 2013 à 18:21
Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>, verasofia_azevedo <verasofia_azevedo@hotmail.com>, Cláudia Sofia Mota Pereira <claudiamotapereira@gmail.com>

----- Mensagem encaminhada -----
De: **ECCI Felgueiras** <eccifelgueiras@gmail.com>
Data: 16 de Janeiro de 2013 à 07:29
Assunto: Fwd: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO
Para: claralbr80 <claralbr80@gmail.com>
[Citação ocultada]

ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com> 22 de Janeiro de 2013 à 10:38
Para claralbr80 <claralbr80@gmail.com>

----- Mensagem encaminhada -----
De: **Centro Social Moure** <centrosocial.moure@gmail.com>
Data: 9 de Outubro de 2012 à 15:45
Assunto: Re: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO
Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Boa tarde,
confirmamos o v/ contacto presencial para o dia 10 de outubro às 9h30.
Atentamente,
Lúcia Sousa

Em 9 de outubro de 2012 11:44, ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com> escreveu:

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a) Técnico (a)

ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO

O 2º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa pretende desenvolver um trabalho relacionado com o Envelhecimento Ativo, no âmbito do estágio de Planeamento de Saúde, que decorrerá no período de 01 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013.

Este trabalho será realizado na UCC Felgueiras (Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras) e tem como finalidade promover o envelhecimento ativo nos idosos. Numa primeira fase, temos como objetivo proceder à elaboração do diagnóstico de situação que compreende a aplicação de um questionário para apurar as necessidades dos idosos, relativamente às determinantes de saúde.

Posteriormente, numa segunda fase, pretendemos delinear e implementar intervenções que darão resposta às necessidades de saúde identificadas na fase anterior.

Ana Cristina Alves Ferreira

(Directora Técnica)

Av.ª Dr. Magalhães de Lemos

4610-106 Margaride – Felgueiras

Telef. 255 922 040/ 91 663 27 27

anacristina.scmf@mail.telepac.pt

De: ECCI Felgueiras [mailto:eccifelgueiras@gmail.com]

Enviada: quarta-feira, 10 de Outubro de 2012 13:08

Para: Dra Ana Cristina_SCMFelgueiras

Assunto: Fwd: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO

Bom dia

A nossa disponibilidade para o primeiro encontro presencial com a Dra Ana Cristina dia 11 de outubro por volta das 12 horas e dia 15 de outubro durante o período da manhã. Ser não for possível nenhuma destas datas por favor diga qual é a sua disponibilidade.

Atentamente

Iola Ferronha

----- Mensagem encaminhada -----

De: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Data: 9 de Outubro de 2012 13:02

Assunto: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO

Para: anacristina.scmf@mail.telepac.pt

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a)Técnico (a)

ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO

O 2º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa pretende desenvolver um trabalho relacionado com o Envelhecimento Ativo, no âmbito

<https://mail.google.com/mail/h/72locekd9ddh/?&v=pt&th=13c61d6a70c93400>

22-01-2013

Anexo C

Mini-Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 1 à 11 anos () mais de 11anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Pontuações máximas

1. Orientação Temporal Espacial

- a. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1
Dia do mês? _____ 1
Mês? _____ 1
Ano? _____ 1
Hora aproximada? _____ 1
- b. Onde estamos?
- Local? _____ 1
Instituição (casa, rua)? _____ 1
Bairro? _____ 1
Cidade? _____ 1
Concelho? _____ 1

2. Registros

- a. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta.
- Vaso, Carro, Tijolo _____ 3

3. Atenção e cálculo

Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65).

Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas.

Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5

4. **Lembranças** (memória de evocação)

Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 1 (.Vaso, Carro, Tijolo) Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3

5. **Linguagem**

a. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme os apontou. _____ 2

b. Faça o paciente repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". _____ 1

c. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. "Pegue no papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa". _____ 3

d. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHÉ OS OLHOS. _____ 1

e. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). _____ 1
(Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)

f. Copie o desenho abaixo.
Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1



Avaliação do score obtido	
Pontos de corte – MEEM	
✓	27 literacia > 11 anos de escolaridade
✓	22 literacia de 1 a 11 anos de escolaridade
✓	< 15 analfabetos

M.F.Folstein, S.E.Folstein e P.R. Mc Hugh, (1975), segundo tradução e adaptação portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas, e Garcia, (1994). Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos de Egas Moniz

Apêndice D

Instrumentos de recolha de dados

Questionário

Caracterização Sociodemográfica

1. Género:

- 1 – Masculino ___
2 – Feminino ___

2. Idade: _____ Anos

3. Habilitações Literárias:

- 1- Sem nível de ensino (não sabe ler nem escrever) _____
2- Sem nível de ensino (sabe ler e escrever) _____
3- 1º Ciclo _____
4- 2º Ciclo _____
5- 3º Ciclo _____
6- Ensino Secundário _____
7- Ensino Superior _____

4 – Profissão _____

5. Estado Civil:

- 1 – Solteiro(a) ___
2 – Casado(a)/ União de facto ___
3 – Divorciado(a) / Separado ___
4 – Viúvo(a) ___

6. Com quem vive?

- 1- Sozinho(a) ___
2- Com o conjuge ___
3- Família alargada ___ Quem? _____
4- Outro ___

7. A sua habitação é:

- 1- Própria ___
2- Dos conviventes ___
3- Alugada ___
4- Emprestada ___
5- Outro ___

7.1- Tem esca das?

- 1- Sim ___
2- Não ___

7.2- Tem água canalizada/potável?

- 1- Sim ___
2- Não ___

8- Os seus rendimentos mensais são:

- 1- Menos de 250€ ___
2- 250€ a 500€ ___
3- 500€ a 1000€ ___
4- Acima de 1000€ ___
5- Não sabe ___

9. Qual considera ser o principal motivo para frequentar o Centro de Dia?

- 1- Convívio com outras pessoas _____
- 2- Não estar sozinho em casa _____
- 3- Por decisão dos familiares _____
- 4- Outro _____ Qual? _____

10- O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da Instituição?

11- Com quem convive fora da Instituição?

- 1- Família _____
- 2- Amigos _____
- 3- Vizinhos _____
- 4- Ninguém _____
- 5- Outros _____ Quem? _____

Alimentação

12. Quantas refeições faz diariamente?

- 1- 3 ou menos refeições _____
- 2- 4 a 5 refeições _____
- 3- 6 ou mais refeições _____

12.1- Quem confecciona as refeições no período em que se encontra fora da Instituição?

- 1- O próprio _____
- 2- Familiar/Convivente _____
- 3- Outro _____
- 4- Instituição/não confecciona _____ (passar para 12.2)

12.1.1- Nas refeições que faz fora da Instituição, qual é o método de confecção de alimentos mais utilizado?

- 1- Estufados _____
- 2- Grelhados _____
- 3- Cozidos _____
- 4- Fritos _____
- 5- Assados _____

12.2- Sinalizando na roda dos alimentos diga quantos grupos costuma incluir na sua alimentação?

- 1- 3 ou menos grupos _____
- 2- 4 a 6 grupos _____
- 3- 7 grupos _____

12.3- Que quantidade de água consome diariamente?

- 1- Menos de 1 litro _____
- 2- De 1 a 1,5 litros _____
- 3- Mais de 1,5 litros _____

Sono/Vigília

13- Qual o nº de horas de sono diárias?

- 1- Menos de 6 horas ___
- 2- De 6 a 7 horas ___
- 3- Mais de 7 horas ___

13.1- Tem o hábito de dormir a sesta?

- 1- Sim ___
- 2- Não ___
- 3- Às vezes ___

13.2- Toma alguma medicação para dormir?

- 1- Sim ___
- 2- Não ___
- 3- Não sabe ___

Hábitos Nocivos

14. Consome bebidas alcoólicas diariamente?

- 1- Sim ___ Qual? _____ Quantidade por dia? _____
- 2- Não ___

15- Em relação ao tabaco:

- 1- Fuma ___ Quantos cigarros/dia? ___
- 2- Já fumou ___
- 3- Nunca fumou ___

Cuidados de Saúde

16- Tem Médico de família?

- 1- Sim ___
- 2- Não ___

17- Sofre de alguma doença(s)?

- 1- Sim ___
- 2- Não ___

17.1- A(s) sua(s) doença(s) está relacionada com:

- 1- Doenças Infecciosas e Parasitárias ___
- 2- Neoplasias ___
- 3- Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e alguns Transtornos Imunitários ___
- 4- Doenças das Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas ___
- 5- Transtornos Mentais e Comportamentais ___
- 6- Doenças do Sistema Nervoso ___
- 7- Doenças do Olho e Anexos ___
- 8- Doenças do Ouvido e da Apófise Mastóide ___
- 9- Doenças do Aparelho Circulatório ___
- 10- Doenças do Aparelho Respiratório ___
- 11- Doenças do Aparelho Digestivo ___
- 12- Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo ___
- 13- Doenças do Aparelho Geniturinário ___
- 14- Malformações Congénitas, Deformidades e Anomalias Cromossómicas ___
- 15- Lesões, Envenenamento e algumas Outras Consequências de Causa Externa ___
- 16- Causas Externas de Morbilidade e Mortalidade ___
- 17- Outros ___

(Segundo a Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde, Décima Revisão – CID-10)

18- Toma medicação diariamente?

- 1- Sim _____
- 2- Não _____ (Passar para questão 19)

18.1- Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente?

- 1- 3 ou menos _____
- 2- 4 a 6 _____
- 3- Mais de 6 _____
- 4- Não sabe _____

Atividade Física

19- Realiza alguma atividade física semanalmente?

- 1- Sim _____ Qual? _____ (passar para questão 19.2)
- 2- Não _____

19.1- Não pratica atividade física porque:

- 1- Tem incapacidade/limitação física _____
- 2- Tem necessidade de descanso/repouso _____
- 3- Tem medo de cair _____
- 4- Tem falta de tempo _____
- 5- Tem falta de interesse _____
- 6- Outro motivo _____ Qual? _____

19.2- Quantas vezes por semana ?

- 1- 1 vez _____
- 2- 2 vezes _____
- 3- 3 ou mais vezes _____

19.3- Qual a duração de cada sessão?

- 1- Até 30 minutos _____
- 2- 30 minutos a 60 minutos _____
- 3- Mais de 60 minutos _____

20- Para si, a prática de atividade física para a saúde é:

- 1- Muito importante _____
- 2- Importante _____
- 3- Pouco importante _____
- 4- Nada importante _____

Segurança

21- Sente-se seguro em sua casa?

- 1- Sim _____
- 2- Não _____ Porquê? _____

22. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

- 1- Sim _____ Onde? _____
- 2- Não _____

Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref):

Colocar um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que parecer a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem boa Nem má	Boa	Muito Boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
2(G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
		1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4(I1.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(Q4.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F3.3)	Até que ponto consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente seguro(a) no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10(F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11(7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso as informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Ma	Ma	Nem Boa Nem Ma	Boa	Muito Boa
15(F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se locomover e deslocar por si própria (a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito (a) em relação a vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16(F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3))	Até que ponto está satisfeito(a) consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20(F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do local onde vive?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se a frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequente-mente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Escala de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref): traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vaz Serra, A.; Canavarro, M.C.; Simões, M.R.; Pereira, M.; Gameiro, S.; Quartilho, M.I. et al. (2006)

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **atividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1- Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0- Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Atualmente, consegue tomar banho: 1- Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0- Não consegue tomar banho sozinho	
C. Atualmente, consegue vestir-se: 2- Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1- Precisa de ajuda para algumas coisas (ex: apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0- Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2- Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1- Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0- Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3- Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2- Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1- Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0- Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2- Consegue subir e descer escadas 1- Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0- Não consegue subir ou descer escadas	
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3- Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.) 2- Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1- Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0- Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2- Controla bem esta função 1- Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0- Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Atualmente, controla a função urinária 3- Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 2- Perde urina acidentalmente 1- Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	

J Actualmente, consegue ir à casa de banho 2-Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1-Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0-Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	

Índice Obtido	Classificação
0 – 8	Total Dependência
9 – 12	Dependência Grave
13 – 19	Dependência Moderada
20	Independência Total

Fonte: Mahoney e Barthel, 1965 – aferida para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007.

Anexo E

Pedido de autorização para a aplicação do WHOQOL-Bref, Índice de Barthel e Mini-Exame do Estado Mental



Autorização para a utilização da escala WOQOL-Bref

Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Para mcanavarro@fpce.uc.pt

Ex^a Sr^a Prof. Doutora Cristina Canavarro!

Somos alunas da Escola Superior do Vale de Sousa (Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo) e estamos à frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, no concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar a escala WOQOL-Bref com o intuito de avaliar a qualidade de vida de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos. Solicitamos a v^a ex^a a autorização da aplicação da mesma para o nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente

Ana Souto



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Autorização de utilização do Mini Mental State

2 mensagens

labling <labling@fm.ul.pt>

Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Bom dia

Em resposta ao seu mail, autorizo a utilização do MMSE para fins científicos.

Junto envio o resumo sobre a validação e chama-se "Adaptação à população portuguesa do "Mini Mental State Examination" (MMSE). M Guerreiro, AP Silva, MA Botelho, O Leitão, A Castro-Caldas, C Garcia. Revista Portuguesa de Neurologia, Reunião da Primavera da Soc. Port. de Neurologia, Coimbra, 20-21 Maio de 1994, Supl. N° 1, 9-10.

Junto envio dois artigos mais recentes do Laboratório de Estudos de Linguagem (inglês e português) com os novos valores do MMSE aferidos à nossa população e pode utilizar-se o mais antigo e/ou os dois.

Se precisar de qualquer outro esclarecimento relacionado com este assunto, pode voltar a contactar-me.

Com os cumprimentos.
Manuela Guerreiro

De: Ana Souto [anasouto40@gmail.com]

Enviado: domingo,

Para: labling

Assunto: Autorização de utilização do Mini Mental State

Boa noite!

Somos alunas da Escola Superior do Vale de Sousa (Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo) e estamos a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, no concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar a escala Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa, com o intuito de avaliar o estado cognitivo dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Solicitamos a v^a ex^a a autorização da aplicação da mesma para o nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente
Ana Souto

Advertência/Warning

Esta mensagem (incluindo eventuais ficheiros anexos) pode conter informação confidencial ou privilegiada. Se não for o destinatário pretendido, por favor contacte o remetente por e-mail e apague a mensagem do seu sistema informático.

This message and any files transmitted with it may contain confidential information or privileged material. If you are not the intended recipient, please notify the sender by e-mail and delete this message from your system.

3 anexos

 MMSE validação.pdf
561K

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=6361e335e0&view=pt&search=inbox&th=13...>

Anexo F

Respostas aos pedidos de autorização para a aplicação do WHOQOL-Bref, Índice de Barthel e Mini-Exame do Estado Mental



Re: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref

Cláudia Melo <claudiasmelosiva@gmail.com>
Para anasouto40@gmail.com

Cara Ana Couto,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:
- a versão para portuguesa de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Na nossa página [www.whoqol.org](#) poderá encontrar indicação de bibliografia sobre a versão portuguesa do WHOQOL-Bref.
Informação adicional poderá ser encontrada em [www.whoqol.org](#)

Com os melhores cumprimentos,
Cláudia Melo.

 WHOQOL-BREF.zip
207K



autorização para utilização da escala de barthel

araujo@esenf.pt <araujo@esenf.pt>
Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Boa noite caras Enfermeiras

Em resposta ao solicitado envio cópia do instrumento adaptado para os idosos portugueses não institucionalizados. Anexo tb a versão do artigo publicado na RNSP.

Desejo-vos muito sucesso para o vosso trabalho.

Atenciosamente

Prof Fatima araujo

[Citação ocultada]

2 anexos

 publicacao REVISTA_SP_05_02_2007.pdf
68K

 ESCALA_BARTHEL_pessoal[2].pdf
31K



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Autorização de utilização do Mini Mental State

2 mensagens

labling <labling@fm.ul.pt>

Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Bom dia

Em resposta ao seu mail, autorizo a utilização do MMSE para fins científicos.

Junto envio o resumo sobre a validação e chama-se "Adaptação à população portuguesa do "Mini Mental State Examination" (MMSE). M Guerreiro, AP Silva, MA Botelho, O Leitão, A Castro-Caldas, C Garcia. Revista Portuguesa de Neurologia, Reunião da Primavera da Soc. Port. de Neurologia, Coimbra, 20-21 Maio de 1994, Supl. Nº 1, 9-10.

Junto envio dois artigos mais recentes do Laboratório de Estudos de Linguagem (ingles e portugues) com os novos valores do MMSE aferidos à nossa população e pode utilizar-se o mais antigo e/ou os dois.

Se precisar de qualquer outro esclarecimento relacionado com este assunto, pode voltar a contactar-me.

Com os cumprimentos.
Manuela Guerreiro

De: Ana Souto [anasouto40@gmail.com]

Enviado: domingo,

Para: labling

Assunto: Autorização de utilização do Mini Mental State

Boa noite!

Somos alunas da Escola Superior do Vale de Sousa (Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo) e estamos à frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, no concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar a escala Mini Exame do Estado Mental, versão portuguesa, com o intuito de avaliar o estado cognitivo dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Solicitamos a v^a ex^a a autorização da aplicação da mesma para o nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.


Atenciosamente
Ana Souto

Advertência/Warning

Esta mensagem (incluindo eventuais ficheiros anexos) pode conter informação confidencial ou privilegiada. Se não for o destinatário pretendido, por favor contacte o remetente por e-mail e apague a mensagem do seu sistema informático.

This message and any files transmitted with it may contain confidential information or privileged material. If you are not the intended recipient, please notify the sender by e-mail and delete this message from your system.

3 anexos

 MMSE validação.pdf
561K

<https://mail.google.com/mail/?ui=2&ik=6361e335e0&view=pt&search=inbox&th=13...>

Anexo G

Folheto sobre prevenção de quedas em casa



Na sala...

- Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os actos de sentar e levantar;
- Evite esquinas de vidro, metal ou materiais contantes em mesas de apoio;
- Não use tapete em baixo da mesa da sala jantar e deixe um espaço à volta da mesa para a movimentação das pessoas;
- Prefira pisos antiderrapantes.



Se sofrer um acidente, não o considere um acontecimento de mau presságio e não limite as suas atividades.

112



Alunas do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

Ana Souto,
Clara Ramos,
Cláudia Pereira,
Vera Azevedo

Como prevenir QUEDAS

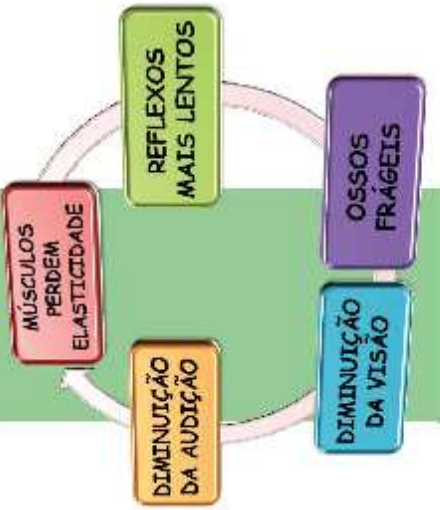
A maioria das quedas de idosos ocorre dentro de casa. Com medidas simples, você pode tornar o ambiente em que vive mais seguro.



CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- PERDA DE GONSCIÊNCIA;
- NÓDOAS NEGRAS;
- ENTORSES;
- DESLOCAMENTO DOS OSSOS;
- ARRANHÕES.

À medida que envelhecemos...



PREVENÇÃO DE QUEDAS

No quarto...

- Procure utilizar uma cama larga, com altura suficiente para que, sentado, consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas;
- Mantenha uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos;
- Evite pra tele iras muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objeto e evitar quedas;
- Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro .

Na cozinha...

- Os armários não devem ficar em locais muito altos. Guarde os objetos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente, em locais de fácil acesso;
- Evite colocar peso nas portas do frigorífico e utilize as prateleiras que não exijam que baixe ou levante muito os seus braços;
- Os fornos eléctricos e os micro-ondas devem ser instalado sem local de fácil acesso.- Lembre-se de desligar o forno, micro-ondas e o ferro de passar roupa, após o uso.

Na casa de banho...

- O piso da casa de banho deve ser antiderrapante;
- Evite prateleiras de vidro e superficies cortantes.;
- Se necessitar utilize barras de apoio no toiletã ou na banheira, nas paredes próximas da sanita.;
- O espaço útil da casa de banho deve ser suficiente para duas pessoas.;
- Nunca feche a porta da casa de banho à chave, para o caso de precisar de ajuda.;
- Certifique-se de que os interruptores e as tomadas eléctricas estão em áreas secas da casa banho.



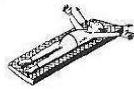
Previna-se

Anexo H

Cartaz sobre exercício físico

EXERCÍCIOS PARA MELHORAR A FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES

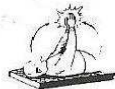
POSIÇÃO DE DECUBITO DORSAL



Estender os braços e as pernas e respirar profundamente.



Colocar os braços ao longo do corpo, fechar os punhos, em seguida flexir os ante-braços como que para salientar os músculos dos braços.



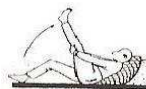
Bater as palmas, acima da cabeça.



Segurar a perna flectida com as duas mãos, puxando-a suavemente para o tórax.



Posicionar as mãos por cima do abdômen, em seguida com um movimento circular, levantar os braços acima da cabeça.



Colocar um almofadão ou almofada nas costas. Segurar a perna com as duas mãos, sem dobrar o joelho, puxar a perna suavemente. Recomeçar com a outra perna.

POSIÇÃO DE PÉ



Com as mãos colocadas sobre o bordo da cama ou cadeira, empurrar com os braços como para se levantar. Se ocorrer vertigem, sentar-se, aguardar um pouco, recomeçando, em seguida.



Abrir os braços à altura dos ombros e descrever pequenos círculos, primeiro num sentido e depois no outro.



Mantendo os pés ligeiramente afastados, com os braços oscilantes, rodar a parte superior do corpo para um lado e depois para o outro. Contar "um", a cada torção para a direita.



Segurando o espaldar de uma cadeira ou o bordo da cama, dobrar ligeiramente os joelhos e fazer flexões.



Mantendo os braços ao longo do corpo, inclinar-se para um e outro lado, tanto quanto possível, conservando a cabeça imóvel.

POSIÇÃO SENTADA



Elevar os ombros e rodar, primeiro para a frente e em seguida para trás, um ombro de cada vez.



Com os punhos fechados e antebraços flectidos juntar os cotovelos.



Inclinar-se para a frente e tentar tocar o solo. Regressar à posição inicial.



Pousar as mão sobre a cama ou cadeira, elevar bastante o joelho direito, baixando em seguida. Contar "um" quando o pé direito toca o chão. Recomeçar com a outra perna.



Sentado numa cama ou cadeira, com as mão à altura das ancas, executar um movimento de torção com a parte superior do corpo.

Anexo I

Folheto informativo sobre exercício físico










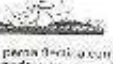








TOCA A MEXER PARA MELHOR ENVELHECER



Realizado pelas alunas do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo

Dezembro, 2012

“O prazer do exercício físico tem de ser coerente com o prazer de viver com Saúde.”

POSIÇÃO DE PRÉCUBITO DORSAL	POSIÇÃO DE PRÉ	POSIÇÃO BENTADA
 Dimensão do tronco e as pernas e a cabeça para a frente do corpo.	 Com as mãos colocadas sobre o bordo da cadeira ou do chão, o punho com os dedos apontados para as pernas, as pernas dobradas, mantendo o pé sobre um pouco de superfície, com o pé sobre o chão.	 Elevar os pés na cadeira, permitindo que a frente do pé toque o chão, com um ou dois dedos visíveis.
 Colocar os braços ao longo do corpo, com as mãos para trás, em qualquer posição de apoio, desde que não haja dor nas costas.	 Apoiar os braços à frente, com as mãos e dedos sobre as pernas, com os dedos apontados para o chão.	 Com as costas firmes e a cabeça que toca o chão, apoiar as mãos sobre as coxas.
 Deitar os pés na cadeira, com os dedos apontados para o chão.	 Manter os pés ligeiramente afastados, com os dedos apontados para o chão, com os dedos apontados para o chão, com os dedos apontados para o chão.	 Não se apoiar o tronco e a cabeça na cadeira, mantendo o tronco e a cabeça firmes.
 Segurar a parte frontal do corpo, com as mãos, deixando o tronco e a cabeça firmes.	 Segurar a parte superior do corpo, com as mãos, deixando o tronco e a cabeça firmes.	 Evitar se apoiar no tronco e a cabeça na cadeira, mantendo o tronco e a cabeça firmes.
 Puxar o tronco para a frente, com as mãos, deixando o tronco e a cabeça firmes.	 Segurar a parte superior do corpo, com as mãos, deixando o tronco e a cabeça firmes.	 Evitar se apoiar no tronco e a cabeça na cadeira, mantendo o tronco e a cabeça firmes.
 Colocar um dos pés na cadeira, com as mãos, deixando o tronco e a cabeça firmes.	 Manter os pés ligeiramente afastados, com os dedos apontados para o chão, com os dedos apontados para o chão.	 Evitar se apoiar no tronco e a cabeça na cadeira, mantendo o tronco e a cabeça firmes.

Anexo J

Apresentação multimédia de imagens

Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa

Trabalho elaborado por:

Enf. Ana Souto

Enf. Clara Ramos

Enf. Cláudia Pereira

Enf. Vera Azevedo



1

Prevenção de quedas e acidentes I

As quedas não fazem parte do processo de envelhecimento.

Geralmente são consequência de fatores perfeitamente previsíveis.

O facto de cair gera o medo de andar, levando à redução das actividades diárias – depressão e imobilidade.

2

Prevenção de quedas e acidentes II

Prevenir quedas é de suma importância, tendo em vista as graves consequências do processo de cair.

Seguem-se conselhos para prevenir acidentes e quedas.

3



4

Em toda a casa

- Manter uma boa iluminação em toda a casa e uma luz acesa na entrada principal.
- As lâmpadas devem ser de fácil manutenção e substituição.



5

Em toda a casa

- Nunca deixe fios eléctricos e de telefone desprotegidos. Prenda-os à parede.



6

Em toda a casa

- Evite escadas.



7

Em toda a casa

- Evite tapetes soltos no chão, principalmente nas escadas. Se usar, fixe-os ao chão.
- Evitar encerar o chão.



8

Em toda a casa

- Pinte de cores diferentes ou faça marcas visíveis no primeiro e no último degrau das escadas. Elas devem ter degraus com piso antiderrapante.
- Poderá ser necessário colocar um corrimão.



9

Em toda a casa

- Usar sapatos com saltos largos e calcanhares reforçados, para evitar que o pé se movimente;
- Evitar sapatos de salto e sola lisa;
- Não usar chinelos. Prefira os sapatos fechados ou pantufas.



10

Em toda a casa

- Cuidado para não errar a dosagem dos medicamentos;



11

Em toda a casa

- Não use camisolas e roupões compridos, para evitar tropeçar, principalmente se tiver que se levantar no meio da noite;



12

Em toda a casa



- Ao dormir, deixe a luz do corredor acesa para auxiliar a visão, caso acorde no meio da noite.

13

Em toda a casa

- Se cair e tiver dores, procure assistência médica. Deixe o telefone num local de fácil acesso, se necessitar de pedir ajuda.



14

Em toda a casa

- No quintal, evite a acumulação de folhas e flores húmidas no chão



15

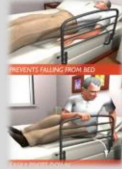
Prevenção de Acidentes

Quarto

16

Quarto

- Utilizar uma cama larga, com altura suficiente:
 - Sentado deve conseguir apoiar os pés no chão
- Ao deitar-se, utilizar sempre uma almofada para apoiar a cabeça



17

Quarto

- Usar uma mesa-de-cabeceira, de preferência, com bordas arredondadas, procurando fixá-la ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso necessite apoiar-se nela;



18

Quarto

- Manter uma cadeira ou poltrona no quarto, para que possa sentar-se para calçar meias e sapatos;



19

Quarto

- Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, para evitar levantar-se no escuro



20

Prevenção de Acidentes

Casa de Banho

Casa de Banho

- O piso da casa de banho deve ser antiderrapante;

Piso Anti Derrapante



21

Casa de Banho

- Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes
- É absolutamente proibido usar esquentador a gás dentro da casa de banho



22

Casa de Banho

- Utilizar barras de apoio no polibã ou na banheira e nas paredes próximas da sanita



23

Casa de Banho

- O espaço útil da casa-de-banho deve ser suficiente para duas pessoas;
- Nunca feche a porta da casa-de-banho à chave, para o caso de precisar de ajuda;



Casa de Banho

- Utilizar tapetes antiderrapantes dentro e fora da banheira. Manter o piso e o tapete sempre limpos, para não escorregar;



Casa de Banho

- Certifique-se de que os interruptores e as tomadas eléctricas estão em áreas secas da casa de banho;



Prevenção de Acidentes

Cozinha

28

Cozinha

- Os armários não devem ficar em locais muito altos;
- Guarde os objectos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente, em locais de fácil acesso;



Cozinha

- Instale a botija de gás, sempre, fora da cozinha;



Cozinha

- Evite colocar peso nas portas do frigorífico e utilize as prateleiras que não exijam que baixe ou levante muito os seus braços;



Cozinha

- Os fornos eléctricos e os microondas devem ser instalados em local de fácil acesso;
- Lembre-se de desligar fornos, microondas e ferros de passar roupa, após o uso;



Cozinha

- Evitar subir a cadeiras, bancos ou caixas para ir buscar objectos que estejam guardados em sítios altos;



Prevenção de Acidentes

Sala

Sala

- Procure utilizar cores claras nas paredes e aumentar a iluminação, tornando-a três vezes mais forte que o normal, para compensar dificuldades visuais;
- Uma boa regra é completar a iluminação com candeeiros de fácil manutenção;

35

Sala

- Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os actos de sentar e levantar;



36

Sala

- Evite esquinas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio;



37

Sala

- Não use tapete em baixo da mesa da sala jantar e deixe um espaço à volta da mesa para a movimentação das pessoas;



38

Sala

- Prefira pisos antiderrapantes;



39

Bons exemplos...



40



41



42



43



44

Maus exemplos...



45



46



47



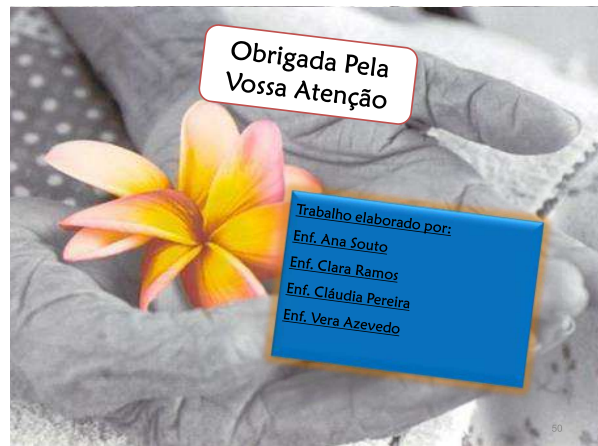
48



*Idosos...
Rostos e olhos enrugados,
FACES descoloridas...
Corações que entesouraram tanta
Experiência, sabedoria e bondade!*

Alfredo Nabais Polho

49



50

Bibliografia

- *Berger, L., & Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- *Buedia, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- *Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusodidacta.
- *Escola Superior de Saúde da Guarda. (2008). *Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Guarda.
- *Lima, M. (2006). *Psychologica*, Portugal, Editora Coimbra 83-100.
- *OMS. (2000). Maximizar as aprendizagens no ensino superior. Acedido em Abril 01, 2010 in https://www.iesec.pt/pagina/lusofonia/wp-content/uploads/2009/06/estagio_gri2.pdf.
- *Ramos, F., & González, H. (1994). *La sexualidad en la vejez*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- *Rates, G., & Barreiro, C. (2004). Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil, 27 (6) Rio de Janeiro, Quim. Nova.
- *Shapiro, P. (1988). *Coleccion Farmatolia Carlo Erda de Diagnóstico y Tratamiento - Geriatria*, Barcelona Editora Pediátrica.

51

Anexo K

Registo fotográfico da sessão de exercício físico/reabilitação









Anexo L

Planos de sessões

PLANO DE SESSÃO			
Projeto/Atividade: Casa Segura/Atividade 1- Sessão de Educação para a Saúde “Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa”			
Duração: 50 minutos			
População alvo: Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
Entidade executora: Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS			
Local: Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras		Datas: 4, 5, 6, 10, 12 e 19 dezembro 2012	
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Tempo	5 minutos	30 minutos	15 minutos
Metodologia	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo M. Interrogativo M. Ativo
Conteúdos Atividades	- Apresentação do grupo de alunas em estágio; - Comunicação do objetivo da atividade;	- Projeção multimédia que aborda as características de uma casa segura para os idosos relacionando com as barreiras arquitetónicas para prevenção das quedas em casa.	- Síntese dos conteúdos abordados; - Avaliação realizada através de ficha de avaliação com sete pares de imagens com com atitudes certas/erradas. - Correção da ficha de avaliação.
Materiais Meios	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.	- Computador; - Projetor Multimédia; - Apresentação Multimédia.	- Computador; - Projetor Multimédia; - Apresentação Multimédia.

PLANO DE SESSÃO			
Projeto/Atividade: Casa Segura/Atividade 2 – Filme “Casa Segura”			
Duração: 20 minutos			
População alvo: Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
Entidade executora: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS			
Local: Escola Secundária da Lixa		Data: 17 dezembro 2012	
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Tempo	5 minutos	10 minutos	5 minutos
Metodologia	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo M. Interrogativo
Conteúdos Atividades	- Apresentação do grupo de alunas em estágio; - Comunicação do objetivo da atividade.	- Projeção da curta metragem “Casa Segura”, que aborda as características de uma casa segura para os idosos	- Síntese dos conteúdos abordados; - Avaliação da adesão à atividade através do preenchimento de folha de presenças.
Materiais Meios	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.	- Projetor Multimédia; - Computador; - Curta metragem “Casa Segura”	- Projetor Multimédia; - Computador; - Apresentação Multimédia.

PLANO DE SESSÃO			
Projeto/Atividade: Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 1 – Sessão Prática de Atividade Física/Reabilitação			
Duração: 50 minutos			
População alvo: Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
Entidade executora: Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS, professora de educação física			
Local: Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras e Escola Secundária da Lixa		Data: 4,5,6,10,12,17 e 19 dezembro 2012	
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Tempo	5 minutos	40 minutos	5 minutos
Metodologia	M. Expositivo	M. Expositivo M Demonstrativo M. Ativo	M. Expositivo M. Ativo
Conteúdos Atividades	- Apresentação do grupo de alunas em estágio, das Enfermeiras Especialistas em Reabilitação e da professora de educação física; - Comunicação do objetivo da atividade;	- Realização de séries de exercícios dirigidos aos idosos;	- Síntese dos conteúdos abordados; - Avaliação através de registo de presenças.
Materiais Meios	- Microfone e sistema de som;	- Microfone e sistema de som; - Música; - Balões, fitas sinalizadoras, tubos de cartão.	- Microfone e sistema de som.

PLANO DE SESSÃO			
Projeto/Atividade: Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 2- Banca da Saúde			
Duração: 15h às 18h			
População alvo: Idosos dos Centros de Dia/Convívio do Concelho de Felgueiras			
Entidade executora: Alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS			
Local: Escola Secundária da Lixa		Data: 17 dezembro 2012	
	Introdução	Desenvolvimento	Conclusão
Tempo	—	—	—
Metodologia	M. Expositivo	M. Expositivo	M. Expositivo
Conteúdos Atividades	- Apresentação do grupo de alunas em estágio; - Comunicação do objetivo da atividade.	- Esclarecimento de dúvidas e promoção da atividade física como medida preventiva das quedas;	- Síntese dos conteúdos abordados; - Avaliação da adesão à atividade através do preenchimento de folha de participação.
Materiais Meios	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.	- Mesas; - Folheto/panfleto informativo; - Projetor multimédia.

Anexo M

Ficha de avaliação

NINGUÉM ESTÁ LIVRE DE UMA QUEDA. MAS VOCÊ PODE PREVENI-LA, TOMANDO ALGUNS CUIDADOS.

Coloque um X na figura que considera correta:







A escada deve estar livre de objetos, possuir corrimão dos dois lados, luzes antiderrapantes nos degraus e interruptores de luz, tanto na parte inferior quanto na superior.





Ajuste a altura da cama e do pedestal bloqueie o colchão por um mais firme.



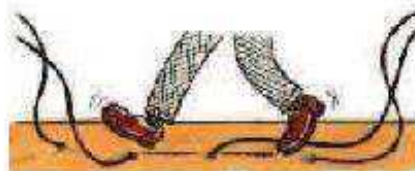
Use utilize armários muito
altos que necessitam de
barras ou escadas
para alcançar os
objetos.



Os armários devem ser de
fácil abertura e fecho
à parça.



Mantenha as luzes das
aparelhas próximas às
torçades. Deixe o
caminho livre e sem
bagunça.



Evite cadeiras com altos
e firmes apoios nos
braços.



Obrigada

Anexo N

Tabela de avaliação de conhecimentos da sessão de educação para a saúde

Anexo O

Folhas de presença dos participantes das várias atividades

