



CESPUP

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
BRAGA, PORTUGAL

Vera Azevedo

**Um olhar sobre o
Envelhecimento Ativo**

Junho 2013



Azevedo, Vera Sofia Monteiro

Um olhar sobre o envelhecimento ativo

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutor Assunção Nogueira

Junho 2013

Azevedo, Vera Sofia Monteiro

UM OLHAR SOBRE O
ENVELHECIMENTO ATIVO

153 Páginas

Relatório de Estágio, Instituto Politécnico da Saúde do Norte

CESPU, CRL; Instituto Politécnico da Saúde do Norte

Dedicatória

À família, namorado e amigos pelo apoio, força, paciência, incentivo, companheirismo e amizade. Sem eles este trabalho não seria possível.

ADRADECIMENTOS

A concretização deste tipo de trabalho envolve uma série de atividades que, para se concretizarem, necessitam sempre da colaboração e união de esforços de um conjunto de pessoas, às quais não podemos deixar de agradecer:

À Professora Doutora Assunção Nogueira, da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, orientadora deste relatório, pela partilha do seu saber, das valiosas contribuições científicas e disponibilidade para a realização do trabalho.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras, em especial à Enfermeira Iola, por toda a colaboração e apoio na concretização desta intervenção comunitária.

Aos diretores técnicos e funcionários dos diversos Centros de Dia/Convívio, que nos acolheram calorosamente desde o início.

À Professora de Educação Física, Vânia, pela preciosa colaboração e empenho.

Às alunas do 2ºano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, pela ajuda, compreensão e paciência em momentos menos bons que ocorreram ao longo desta etapa, principalmente aos elementos do grupo de estágio.

Um especial agradecimento aos idosos com quem trabalhamos, por toda atenção e carinho com que nos trataram.

A todos o meu muito OBRIGADO!

“ A dúvida é o princípio da sabedoria”

Aristóteles

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – O IDOSO ATIVO	5
1. ENVELHECIMENTO	7
1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL	8
1.2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	11
1.3. QUALIDADE DE VIDA E PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL	14
2. ENVELHECIMENTO ATIVO	19
2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO ..	20
2.2. FATORES DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO	26
2.3. 2012: ANO EUROPEU DO ENVELHECIMENTO ATIVO E DA SOLIDARIEDADE ENTRE GERAÇÕES	28
CAPITULO II – EnvelheSER ATIVO	31
1. PLANEAMENTO EM SAÚDE	33
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	35
2.1. O CONCELHO DE FELGUEIRAS	35
2.2. PLANO METODOLÓGICO	39
2.3. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	47
2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	79
2.5. PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS	84
3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	85
4. FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS	89
5. INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE	93
6. AVALIAÇÃO	101

NOTAS FINAIS	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	115

Anexo A

- Carta de apresentação;
- Confirmação das respostas das Instituições;
- Consentimento Informado

Anexo B – Resposta aos pedidos de autorização

Anexo C – MEEM

Anexo D – Instrumento de colheita de dados – Questionário

Anexo E – Planificação das atividades planeadas

Anexo F – Instrumentos de avaliação das atividades

Anexo G – Desdobrável alusivo à temática abordada

Anexo H – Fotografias

ÍNDICES DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - População do concelho de Felgueiras	38
Tabela 2 – Questões das dimensões do estudo e técnicas estatísticas associadas	44
Tabela 3 – Resultados obtidos pelos idosos submetidos ao MEEM	48
Tabela 4 - Resultados obtidos pelos idosos submetidos ao MEEM	48
Tabela 5 – Idade dos idosos	50
Tabela 6 – Valores médios e desvio padrão da Escala WHOQOL-Bref	74
Tabela 7 – Equações utilizadas pelos domínios da Escala WHOQOL – Bref...75	75
Tabela 8 – Resultados normalizados dos vários componentes da Escala WHOQOL – Bref	75
Tabela 9 – Estatísticas descritas das varias componentes da Escala de WHOQOL –Bref	76
Tabela 10 – Classificação de independência do idoso segundo a Escala de Barthel.....	78
Tabela 11 - .Problemas identificados no diagnóstico de situação	84
Tabela 12 – Tabela de priorização dos problemas identificados: pontuações..86	86
Tabela 13 – Ordenação dos problemas priorizados	86

ÍNDICES DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1999, 2001, 2011	9
Gráfico 2 – Distribuição dos idosos em função do género	49
Gráfico 3 – Distribuição dos idosos em função da idade	50
Gráfico 4 – Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias	51
Gráfico 5 – Distribuição dos idosos em função da profissão	51
Gráfico 6 – Distribuição dos idosos em função do estado civil	52
Gráfico 7 – Distribuição dos idosos em função de com quem vive	53
Gráfico 8 – Distribuição dos idosos em função de com quem vive da família alargada	53
Gráfico 9 – Distribuição dos idosos em função da habitação	54
Gráfico 10 – Distribuição dos idosos em função da existência de escadas na habitação	54
Gráfico 11 - Distribuição dos idosos em função da existência de água canalizada/água potável na habitação	55
Gráfico 12 – Distribuição dos idosos em função dos rendimentos mensais	55
Gráfico 13– Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio	56
Gráfico 14– Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio	56
Gráfico 15 – Distribuição dos idosos em função do que costuma fazer no tempo de lazer, fora da instituição	57

Gráfico 16 – Distribuição dos idosos em função de com quem vive fora da instituição	58
Gráfico 17 – Distribuição dos idosos em função do nº de refeições diárias	58
Gráfico 18 – Distribuição dos idosos em função de quem confeciona as refeições fora da instituição	59
Gráfico 19– Distribuição dos idosos em função do método de confeção dos alimentos das refeições fora da instituição	59
Gráfico 20 Distribuição dos idosos em função do grupo da roda dos alimentos que costuma incluir na alimentação diária	60
Gráfico 21 – Distribuição dos idosos em função da quantidade de agua consumida diariamente	61
Gráfico 22 – Distribuição dos idosos em função do nº de horas de sono diárias.....	61
Gráfico 23 – Distribuição dos idosos em função do habito de dormir a sesta ..	62
Gráfico 24 – Distribuição dos idosos em função do uso de medicação para dormir	63
Gráfico 25 – Distribuição dos idosos em função do consumo de bebidas alcoólicas consumidas diariamente	63
Gráfico 26 – Distribuição dos idosos em função do tipo de bebidas consumidas diariamente	64
Gráfico 27 – Distribuição dos idosos em função da quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas	64
Gráfico 28 – Distribuição dos idosos em função do consumo de tabaco	65
Gráfico 29 – Distribuição dos idosos em função de ter medico de família	65
Gráfico 30 – Distribuição dos idosos em função de sofrer algum tipo de doenças	66

Gráfico 31– Distribuição dos idosos em função do tipo de doenças que sofre	67
Gráfico 32 – Distribuição dos idosos em função da toma de medicação diária	67
Gráfico 33 – Distribuição dos idosos em função do nº de comprimidos que toma diariamente	68
Gráfico 34– Distribuição dos idosos em função da pratica de alguma atividade física semanalmente	68
Gráfico 35 – Distribuição dos idosos em função da atividade física praticada semanalmente	69
Gráfico 36 – Distribuição dos idosos em função do não pratica da atividade física	69
Gráfico 37 – Distribuição dos idosos em função do nº de vezes que pratica atividade física semanalmente	70
Gráfico 38 – Distribuição dos idosos em função da duração de cada sessão de atividade física	70
Gráfico 39 – Distribuição dos idosos em função da opinião sobre a prática de exercício para a saúde	71
Gráfico 40 – Distribuição dos idosos em função de se sentir seguro em casa	72
Gráfico 41 – Distribuição dos idosos em função da ocorrência de quedas em casa nos últimos 12 meses	72
Gráfico 42 – Distribuição dos idosos em função do local da queda	73
Gráfico 43 –Resultados normalizados das várias componentes.....	76
Gráfico 44 – Frequência da questão 1 da Escala WHOQOL –Bref	77
Gráfico 45 – Frequência da questão 1 da Escala WHOQOL –Bref	77
Gráfico 46 – Histograma da Escala de Barthel	78

Gráfico 47 – Classificação do grau de dependência dos idosos segundo a	
Escala de Barthel	79

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 . Índice de envelhecimento	11
Figura 2 – Os três pilares da estrutura politica para o EA	23
Figura 3 – Determinantes do EA	27
Figura 4 – Freguesias do concelho de Felgueiras	36
Figura 5 – Bração de Felgueiras	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cit. - citado

Enf^a – Enfermeira

et al. – e outros

Km – quilómetros

Km² – quilómetros quadrados

Nº - número

p. – página

% - percentagem

ACES – Agrupamentos dos Centros de Saúde

AEEASG – Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações

ARS – Administração Regional de Saúde do Norte

AVD – atividades de vida diárias

AVD – Atividades de vida diárias

CMF – Camara Municipal de Felgueiras

DGS – Direção Geral de Saúde

EA – Envelhecimento Ativo

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MEEM – Mini- Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

QV – qualidade de vida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

WHOQOL - Bref – World Health Organization Quality of Life – Bref

RESUMO

O envelhecimento é um fenómeno biológico partilhado por todos os seres vivos e segundo Carrilho (2007, p.34) “resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam”.

Nesta linha de pensamento, realizamos um estudo exploratório-descritivo de caráter transversal, com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde, em que se fez um diagnóstico de situação às pessoas com idade igual ou superior a 65 anos do concelho de Felgueiras. Através da aplicação de um questionário seguido da sua análise e da utilização da técnica de priorização – “escala de medida linear”- emergiram vários problemas, sendo considerado o mais prioritário, as quedas.

Seguidamente traçaram-se os objetivos e desenvolveram-se atividades inerentes ao projeto de intervenção comunitária, intitulado “EnverlheSER Ativo: sem quedas”, cujo objetivo foi, reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos que frequenta os centros de dia/convívio em estudo, no concelho de Felgueiras, até 2015.

Vimos cumpridos os objetivos propostos ao realizar a Intervenção Comunitária com os projetos: “Casa Segura”, “Cuida-te” e “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer” e não gostaríamos de terminar este planeamento em saúde sem que esta estratégia de intervenção tenha continuidade na comunidade local, pelo que o apoio da UCC Felgueiras foi e será uma mais valia.

PALAVRAS-CHAVES: IDOSO, ENVELHECIMENTO ATIVO, QUEDAS, PLANEAMENTO EM SAÚDE

ABSTRACT

Aging is a biological phenomenon shared by all living beings and second Carrilho (2007, p.34) "results from the inability of the vast majority of organisms to maintain a functional state equal and unchanged, allowing the continuous regeneration of all components the body, as they consume and degrade. "

In this line of thought, the group performed an exploratory-descriptive of transversal character, using the methodology of Health Planning, in which they made a diagnosis of the situation of people with ages of 65 years or older, in the county of Felgueiras. Through the application of a questionnaire followed by its analysis and the application of technical prioritization - "linear measurement scale" – several problems emerged and being the most priority, the falls.

Then we drew up the objectives and developed activities related to the community intervention project, titled " EnverlheSER Ativo: sem quedas," whose goal is to reduce by 20% the falls in the population with ages of 65 years or older who attends the day centers/social intercourse, in the county of Felgueiras until 2015.

We saw met the proposed objectives to accomplish the projects with the Community Intervention: "Casa Segura", "Cuida-te" and "Toca a Mexer para Melhor Envelhecer" and would not like to end this health planning unless the intervention strategy has continuity in the local community, so the support of the UCC Felgueiras was and it will be a major asset.

KEYWORDS: ELDERLY, ACTIVE AGING, ACTIVE FALLS, HEALTH PLANNING

0. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é, um dos grandes desafios sociais e económicos deste século. Contudo, não deve ser encarado como um problema, uma vez que faz parte do ciclo de vida natural do homem, sendo por isso desejável que seja vivenciado de uma forma mais ativa, saudável e autónoma, implicando uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e perceções dos idosos.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o maior tempo possível, constitui nos dias de hoje, um desafio, uma vez que a população está cada vez mais envelhecida e, o Homem vive mais tempo. Torna-se por isso necessário expandir-se as boas práticas de educação e promoção da saúde, com intuito de proporcionar aos indivíduos oportunidade de desenvolverem as suas potencialidades e capacidades de modo a poderem enfrentar a “caminhada da vida”, com o mínimo de problemas possíveis.

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2008) salienta que o grande papel dos progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, no aumento da longevidade alertam para o motivo de maior fragilidade e incapacidade na população idosa, que poderiam ser prevenidas com a ação multidisciplinar mais presente nos serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002), considera que o envelhecimento ativo, ao longo da vida, é um processo de diversas variáveis que, isoladas ou não, favorecem a saúde, dos mais velhos. A abordagem da OMS ao envelhecimento ativo, tem como objetivo o envolvimento e a exploração do potencial que os idosos representam para a humanidade.

A intensidade do envelhecimento, os aspetos que o envolve, assim como os novos desafios e oportunidades numa sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais idosas, tornam este tema sempre atual exigindo uma análise multidimensional, assim sendo, decidimos dirigir o estudo para as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, dos centros de dia/centros de convívio do concelho de Felgueiras, do distrito de Porto, com o objetivo de realizar

Planeamento em Saúde com a concretização de todas as suas etapas, com vista a promover a saúde deste grupo etário e contribuir para um envelhecimento mais ativo.

A relevância do Planeamento em Saúde passa pela intervenção na origem dos problemas, tendo atenção que soluções pontuais não os resolvem na sua totalidade. Stanhope e Lancaster (2011, p.518) citam Issel (2004) que define Planeamento como “a seleção de uma série de atividades desenhadas para atingir as melhorias desejadas”. Os mesmos autores salientam ainda, que “ a finalidade é assegurar que os serviços de cuidados de saúde são aceitáveis, equitativos, eficientes e eficazes [...] e fornece um esquema para a coordenação de recursos que permite atingir esses objetivos.”

Atendendo a estes pressupostos, neste estudo é descrito todo o Planeamento em Saúde. Este trabalho está integrado no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS), que decorreu no período de 2 de Outubro de 2012 a 25 de Janeiro de 2013, sob a orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira.

O presente relatório teve como participantes 51 idosos, na qual se realizou um questionário individual nos centros de dia/centros de convívio, o que permitiu identificar problemas existentes e, em tempo útil criar estratégias de atuação no intuito de lhes dar respostas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Delineamos para a realização deste estudo e execução do Planeamento em Saúde os seguintes objetivos:

- ✓ Descrever o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal;
- ✓ Compreender o conceito de envelhecimento ativo;
- ✓ Descrever os fatores e determinantes que condicionam o envelhecimento ativo;
- ✓ Descrever e analisar as necessidades identificadas;
- ✓ Descrever a priorização dos problemas;
- ✓ Planear, descrever e analisar as estratégias e atividades de intervenção selecionadas e executadas na população-alvo e,

- ✓ Descrever toda a avaliação do processo de Planeamento em Saúde desenvolvido.

O trabalho desenvolvido neste relatório foi dividido em dois capítulos principais.

No primeiro capítulo dedicado ao idoso ativo, foi feita uma abordagem ao conceito geral de envelhecimento, referindo breves teorias sobre o envelhecimento sob a visão de alguns autores, apresentação sucinta da população idosa no território português, através do índice de envelhecimento e esperança média de vida através dos dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística. Foi feita também uma descrição do processo de envelhecimento e uma tentativa de definição e compreensão do termo “qualidade de vida no idoso”. Abordamos ainda neste capítulo a definição envelhecimento ativo/saudável, os seus determinantes e feita referência aos programas de intervenção e políticas existente propostos pela Organização Mundial de Saúde e Comunidade Europeia.

No segundo capítulo é descrito todas as opções metodológicas deste estudo exploratório descritivo, com caráter transversal e com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde. Assim começamos por apresentar o diagnóstico de situação, através do qual verificamos a existência de várias necessidades de saúde, justificando-se a nossa intervenção na comunidade idosa local. Após a análise dos resultados obtidos e recorrendo à técnica de priorização, obtivemos como problema priorizado: as quedas, que deu lugar ao plano de intervenção comunitária “EnvelheSER ATIVO sem quedas” com as estratégias de intervenção comunitária e sem esquecendo a fase de avaliação de todo o trabalho desenvolvido.

O relatório termina com notas finais em forma de conclusões, evidenciando alguns pontos decorrentes de todo o processo de investigação e enunciando sugestões.

Como base documental, recorreremos a livros bibliográficos, artigos e informação online, que contribuiram positivamente para a definição de ideias com o intuito de se obter um caráter rigoroso.

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

CAPITULO I

O IDOSO ATIVO

1. ENVELHECIMENTO

Envelhecimento pode ser definido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social de cada indivíduos que se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2008). Assim sendo, o envelhecimento não é um problema, mas sim uma parte natural do ciclo de vida, na qual se pretende que se viva de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

Contudo o Homem tenta conduzir o seu próprio envelhecimento segundo as normas da sociedade que o rodeia e o seu próprio sistema de valores, integrando uma dinâmica de forças entre pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas (Azeredo, 2011). Nesta interação, a conceção de pessoa idosa na sociedade resulta na fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos, a qual tem vindo a perder algum sentido social, uma vez que a longevidade e a qualidade de vida destas pessoas vai-se alterando, daí que a conceção de pessoa idosa esteja, também ela, em profunda mudança, como refere Moniz (2003, p. 40).

No entanto, para que ocorra um envelhecimento saudável, segundo Azeredo (2011, p.132) são necessários algumas “intervenções de forma a:

- Haver tanto quanto possível, uma contratilidade da morbilidade e de incapacidades, adiando-se para idades mais avançadas;
- Adotar uma sociedade com idosos saudáveis e ativos;
- Os idoso usufruírem de bem-estar e de uma boa qualidade de vida e,
- Os idoso poderem permanecer em suas casa o mais tempo possível, evitando institucionalizações desnecessárias.”

Deste modo, como refere a mesma autora “envelhecer com sucesso é um conceito muito mais amplo do que envelhecer sem doenças, abrangendo também o bem-estar psicossocial, o ambiente e o bem-estar económico”(Azeredo, 2011, p.132).

O fenómeno do envelhecimento resulta, então, da transição demográfica, geralmente definida como a transição de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos (Oliveira, 2009).

Atualmente o fenómeno do envelhecimento retrata uma preocupação crescente devido ao aumento da população idosa no mundo inteiro. Assim, para uma melhor compreensão deste problema existem alguns itens ligados ao envelhecimento demográfico que assumem uma importância particular.

1.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL

Durante muito tempo pensou-se que o envelhecimento demográfico era uma característica das sociedades desenvolvidas, devido à diminuição da natalidade e à melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações, mas dados demográficos vêm justamente demonstrar que nenhuma sociedade está imune a esta problemática (Moniz, 2003, p.40)

Azeredo (2011) salienta que o processo de envelhecimento demográfico, em que há um aumento substancial da proporção de idoso, é um acontecimento sem precedentes na história da humanidade, porém é igualmente um motivo de preocupação, uma vez que uma sociedade com alta percentagem de idosos, significa grandes gastos económicos e sociais.

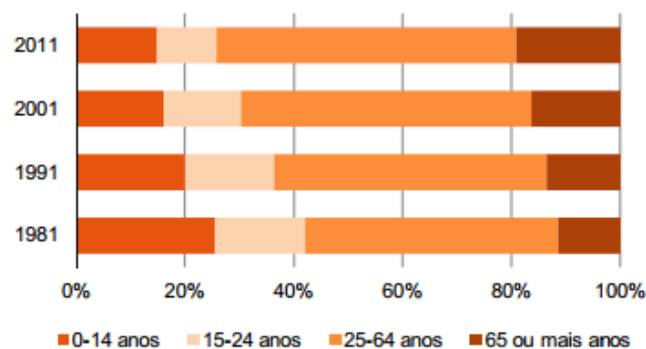
Fernandes (1997, p.34) refere também que, o envelhecimento demográfico é uma realidade atual da história das populações, das sociedades industrializadas e as projeções indicam, com alguma certeza, que, no mundo civilizado a tendência para envelhecimento é acentuada. Contudo, outros autores, alertam que as alterações demográficas são devido ao aumento da população idosa que conduzem a diversas modificações. Neto (1999, p.9) afirma que, “as alterações demográficas (...) têm provocado na nossa sociedade modificações muito profundas tanto a nível económico, como social,

caracterizam a 2ª metade do séc.XX e representam aquilo que os epidemiologistas designam como “transição demográfica”.

O fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelas implicações sociais

Em Portugal, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Como podemos verificar pela análise do gráfico 1, e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2012), há cerca de 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Desta forma, em 2011, Portugal apresentou cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade (INE, 2012).

Gráfico1 - Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários em 1981, 1991, 2001, 2011



Fonte: INE, 2012

Portugal registou, de igual modo em 2011, e de acordo com os dados estatísticos do INE (2012), um índice de longevidade de 79,20 (80,57 para as mulheres e 74,0 para os homens).

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, manteve-se um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominaram os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Em relação aos grupos etários com idades mais avançadas os dados do INE (2012) revelam que esta tendência

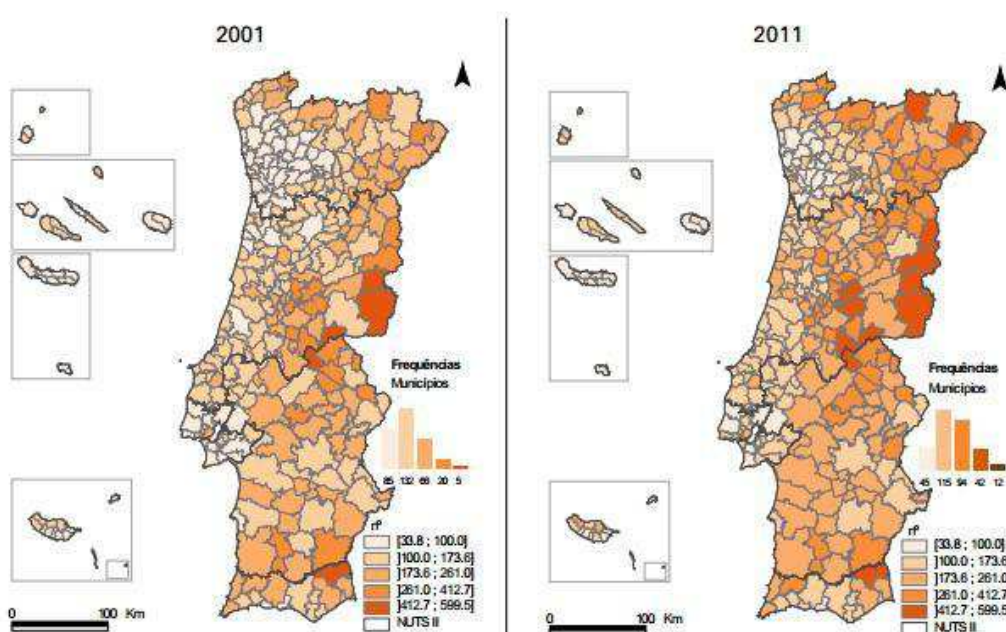
inverteu-se e passaram a prevalecer as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres foi de 28,5% e a de homens 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos verificamos a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8% (INE, 2012).

Dados do INE, em 2011 mostram que a relação de masculinidade foi de 91,5 homens para 100 mulheres, enquanto que este mesmo indicador era em 2001 de 93,4 homens por 100 mulheres. Verificamos também que a preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança, visto que, a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4 (INE, 2012).

O índice de dependência total é um indicador que permite uma perceção sobre o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. Analisando os resultados dos Censos 2011 permitiu-nos quantificar que o esforço da sociedade sobre a população ativa se agravou na última década em 4% e que, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade, este indicador tenderá a agravar-se (INE, 2012). Os Censos 2011 revelam ainda que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. Este agravamento do índice de dependência total é consequência do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década (INE, 2012).

Os últimos dados dos Censos 2011, também fazem referência ao índice de envelhecimento, que acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem, tendo o país um índice de envelhecimento de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem, com se verifica pela figura 1.

Figura 1 - Índice de envelhecimento (2001-2011)



Fonte: INE, 2012

Estes resultados refletem o perfil demográfico do país caracterizado por um aumento da população mais idosa e pela diminuição da população mais jovem, motivado sobretudo pela diminuição da natalidade (INE, 2012).

Estes ganhos em anos de vida originam modificações na existência humana na sociedade presente e futura, que exigem novos comportamentos, hábitos, estilos de vida e expectativas.

1.2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Envelhecer é no seu sentido lato, um processo segundo o qual qualquer organismo vivo, tal como o corpo humano, existe no tempo e vai-se alterando fisicamente através do desenvolvimento contínuo até culminar na morte (Moniz, 2003, p.48).

Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.145) envelhecer é “um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano”.

Fala-se correntemente do envelhecimento como se tratando de um estado tendencialmente classificado de “terceira idade”, no entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressivo e diferencial, afetando todos os seres vivos e o seu termo natural é a morte do organismo, sendo assim, impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo (Ribeiro & Paúl, 2001).

Netto (2002) garante que a velhice é caracterizada como a fase final do ciclo da vida. Esta fase apresenta algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes, dos quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência; aparecimento da solidão; calvície; perda dos papéis sociais; prejuízos psicológicos, motores e afetivos.

Netto (2002, p. 10) afirma que “ não há uma consciência clara de que através de características físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais possa ser anunciado o início da velhice”. Para Paschoal (1999), não se pode definir o envelhecimento no idoso apenas pelo critério cronológico, pois deve-se considerar as condições funcionais, físicas, mentais e de saúde que estes apresentam, portanto o processo de envelhecimento é individual, verificando que se pode observar diferentes condições biológicas em indivíduos situados na mesma faixa cronológica de idade.

Atualmente, como diz Malagutti e Bergo (2010, p.59),

“No processo de envelhecimento, destaca-se a vertente “envelhecer de maneira saudável”, que significa, além de um estado de saúde físico satisfatório, a necessidade, por parte dos indivíduos, de reconhecimento, respeito, segurança e saúde e sentir-se parte de uma comunidade que lhes permita expor as suas expectativas e ações”

Existem evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular, desta forma Malagutti e Bergo (2010) e Moraes (2009) fazem igualmente referência à existência de dois tipos de envelhecimento, sendo eles o envelhecimento biológico e psicológico.

Relativamente ao envelhecimento biológico, este é um processo complexo, abrangendo diversos parâmetros intimamente relacionados, como: taxa metabólica, ingestão calórica, genética, estilo de vida e fatores ambientais (Moraes, 2009). É implacável, ativo e irreversível, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas.

Moraes (2009) salienta ainda, que os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamados de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença, uma vez que em condições normais, o idoso não apresenta alterações no seu funcionamento (Malagutti & Bergo, 2010).

No entanto o envelhecimento psicológico ou amadurecimento não é naturalmente progressivo nem ocorre inexoravelmente, com efeito da passagem de tempo tal como afirma Moraes (2009), depende também da passagem do tempo, mas sobretudo, do esforço pessoal contínuo na procura do autoconhecimento e do sentido da vida. O autoconhecimento, o estudo da estrutura e dinâmica do psiquismo e a superação dos conflitos do cotidiano são indispensáveis para que se possa atingir a independência psíquica, condição indispensável para a sabedoria, refere o mesmo autor.

Com o envelhecimento psicológico há, portanto, diminuição da vulnerabilidade, tornando-se a pessoa idosa suficientemente sábia para aceitar a realidade, tolerar a dor ou a perda da independência biológica. O idoso “entrega-se à existência com a pureza das crianças, mas sem a sua ingenuidade, com o vigor do adolescente, mas sem a sua pugnacidade, com a sensatez do homem maduro, mas sem o seu orgulho. Torna-se cidadão do Universo com a astúcia

da raposa e a malícia da serpente, o que faz dele um sábio” (Moraes, 2009, p.56).

O processo de envelhecimento é, portanto, absolutamente individual, variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância.

1.3. QUALIDADE DE VIDA E PERDA DA CAPACIDADE FUNCIONAL

O envelhecimento tem um grande impacto na vida dos indivíduos, não só pelas transformações características desta fase que perturbam o bem-estar e a qualidade de vida (QV), mas também pelas alterações que ocorrem nas estruturas físicas e nas relações sociais (Parente *et al.*, 2006).

Envelhecer com autonomia e independência, ter um papel social ativo, boa saúde física e psicológica, contribui para a promoção de uma boa QV diz Paschoal (2002).

Segundo a OMS, a qualidade de vida está relacionada com a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e dos sistemas de valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Sousa (2003) citado por Malagutti e Bergo (2010) refere que se trata portanto de um conceito complexo que engloba, o estado psicológico, a saúde física, o nível de dependência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as particulares do meio ambiente.

A QV é hoje em dia um tema de extrema importância, uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim uma forma de promoção de saúde em vez da doença (Squire, 2005). Assim, a promoção da QV nas pessoas idosas implica a adoção de estilos de vidas adaptados às alterações biológicas e psicológicas do envelhecimento tal como salienta Squire (2005).

Qualidade de vida foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial (Paúl & Fonseca., 2005), ou seja, as intervenções médicas passaram a integrar a melhoria do bem-estar geral nos seus resultados a partir da altura em que a OMS definiu saúde “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (OMS, 1999).

A partir do momento em que a qualidade de vida passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas.

A conceptualização da QV é uma tarefa difícil, tendo em atenção o seu carácter subjetivo, a sua complexidade e as suas diversas dimensões. Azeredo salienta que a QV de um indivíduo “depende de fatores intrínsecos e extrínsecos, variando de pessoas para pessoa e estando sujeito a influências do seu quotidiano, do meio onde vive, dos seus hábitos e estilo de vida” (Azeredo, 2011, p.120).

A QV difere de indivíduo para indivíduo contudo encontra-se sujeita a sofrer modificações ao longo da vida devido aos fatores que a determinam, que segundo Nahas (2001) citado por Azeredo (2011) são o estado de saúde, a longevidade, a satisfação no trabalho, o salário, o lazer, as relações familiares, o ânimo, o prazer e a espiritualidade.

Para fazer face à inexistência de instrumentos que avaliassem a QV, o WHOQOL –Group da OMS desenvolveu em 1995 o projeto *World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL)*, onde foram criados dois instrumentos, o WHOQOL-100 e o WHOQOL- Bref. O primeiro é constituído por 100 questões que têm em conta seis domínios, sendo eles: físico, psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/crenças sociais. O segundo instrumento é uma versão mais abreviada do WHOQOL-100, sendo constituído por 26 questões, representantes de cada uma das facetas que compõe o instrumento original, que avalia quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Serra *et al.*, 2006).

O aumento da qualidade de vida preconizado como objetivo fulcral do envelhecimento ativo, contempla não unicamente indivíduos saudáveis e ativos, mas também indivíduos frágeis, fisicamente incapacitados ou que necessitem de cuidados.

Nesta linha, Malagutti e Bergo (2010) fazem referência à perda da capacidade funcional do idoso, que causa impacto na sua qualidade de vida, uma vez que, quando surgem perdas na independência em realizar as atividades de vida diárias (AVD) ocorrem efeitos importantes no convívio social podendo em alguns casos levar ao isolamento, até mesmo gerar sentimentos de incapacidade e invalidez.

A capacidade funcional dos idosos para realizarem as suas atividades diárias, independentemente, assim como a forma como as executa (desempenho funcional) são parâmetros utilizados para a avaliação da mesma, passando pela determinação da assistência e das intervenções essenciais quando o desempenho do idoso torna-se insuficiente para converter a sua vida independente (Malagutti & Bergo, 2010). O resultado dessa avaliação irá classificar o idoso como sendo independente ou dependente, em maior ou menor grau, sendo o grau de dependência o determinante da forma e do tipo de cuidados necessário para o idoso, estando diretamente relacionada como refere Malagutti e Bergo (2010, p.173) com a “qualidade de vida e é influenciada por diversos fatores, como o gênero, escolaridade, idade, condições econômicas e presença de incapacidade”.

Segundo os autores referidos anteriormente, é possível avaliar e determinar perdas da capacidade funcional do idoso, a ordem em que estas surgem, a intensidade das perdas assim como a necessidade de adaptações de ambientes e como a família pode ajudar na colaboração e auxílio, através de instrumentos adequados.

Atualmente, existe um leque vasto de instrumentos utilizados para a avaliação funcional. Malagutti e Bergo (2010) fazem referência a “um estudo onde constam sete instrumentos para avaliá-las: The Pulses Profile (PULSES), Barthel Index, Katz Index, Kenny Self-Care Evaluation, Physical Self Maintenance (PSMS), Functional Status Rating system (FSRS), Medical

Outcomes Study Physical Functioning Measure (MOS)”, sendo os mais utilizados, os índices de Katz e Barthel.

Relativamente ao índice de dependência nas AVD desenvolvido por Katz e colaboradores em 1963 é, atualmente como já foi referido, um dos instrumentos mais recorrentes nos estudos gerontológicos nacionais e internacionais, sendo utilizado particularmente no que diz respeito à classificação de dependência/independência e das atividades envolvidas. Malagutti e Bergo (2010), anotam que este instrumento avalia o indivíduo em seis AVD: banho, vestuário, higiene, transferências, continência e alimentação, e que quanto maior for o número de dificuldades apresentadas, mais grave a incapacidade e maior o nível de gravidade da incapacidade instalada.

Os mesmos autores fazem referência igualmente ao índice de Barthel, desenvolvido em 1965 com a finalidade de avaliar o potencial funcional, abordando dez AVD: alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, controlo da bexiga e do intestino, transferência cadeira e cama, deambulação e subir e descer escadas. A sua avaliação passa por atribuir pesos específicos para cada atividade e a pontuação final corresponde à soma de todos os pontos obtidos em cada atividade, sendo considerado totalmente dependente o indivíduo que tenha a pontuação máxima de 100 pontos. No entanto, pontuações abaixo dos 50 pontos indicam dependência nas AVD (Malagutti & Bergo, 2010).

A elaboração de intervenções adequadas e precoces ao idoso resultante da identificação da perda da capacidade funcional permite que o mesmo, obtenha benefícios e obtenção da manutenção da sua qualidade de vida, paralelamente com um envelhecimento bem-sucedido.

2. ENVELHECIMENTO ATIVO

O conceito de envelhecimento ativo, criado pela Organização Mundial de Saúde, em 1997, que tem por base o princípio de permitir aos idosos permanecerem integrados e motivados na vida laboral e social, à qual parece ser uma solução encontrada, tornando-se indispensável difundir e implementar as medidas.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do percurso da vida, e que essas pessoas participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente. Nesta linha de pensamento as pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para a comunidade (Kalache & Kickbusch, 1997).

O envelhecimento ativo pode significar para as pessoas mais velhas a oportunidade de continuarem a trabalhar e partilharem as suas experiências, de continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade e de viverem as suas vidas de maneira saudável, independente e preenchida no seu quotidiano.

O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde (2009) e, por isso, um projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e

relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo.

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (Kalache & Kickbusch, 1997). Assim, o planeamento estratégico deixa de ter uma vertente baseada nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e acolhimento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em comunidade.

2.1 PROGRAMAS E POLÍTICAS PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO

Portugal tem vindo a desenvolver medidas de política que contribuem para um envelhecimento ativo e para a qualidade de vida das pessoas idosas e que, claramente pretendem promover o bem-estar e a inclusão social ao longo da vida e reconhecer a importância dos seniores nas comunidades (OMS, 2009).

As medidas e iniciativas que têm vindo a ser concretizadas inserem-se num quadro de transversalidade de vários ministérios e entidades da sociedade civil, tendo por base duas linhas estratégicas de intervenção: fazer face ao impacto das alterações demográficas e promover a inclusão social.

Segundo a DGS (2006) entre a diversidade de instrumentos públicos e iniciativas comunitárias destacam-se os seguintes:

- ✓ Oportunidades de ganhos em saúde ao longo da vida: o Plano Nacional de Saúde (2011-2016) e o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, aprovado em Junho de 2004, que assenta em três dimensões: promoção do envelhecimento ativo; melhor adequação dos cuidados de saúde às pessoas idosas; e promoção de ambientes seguros e detentores de autonomia; “Saúde e Termalismo Sénior” que consiste num programa de férias e lazer, focado na “saúde e bem-estar” que oferece condições e ambientes para tratamentos termais no território nacional;
- ✓ Acessibilidade para todos/as dentro e fora de casa: Sistema de Atribuição Produtos de Apoio (SAPA) que facilita o acesso das pessoas com incapacidade a produtos e equipamentos de que necessitam; Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (2007-2012) que apoia obras ao nível do edificado e financia a aquisição de equipamento indispensável à manutenção das pessoas em sua casa; Rede Europeia de Desenho para Todos e Acessibilidade Electrónica - European Design for All e-Accessibility Network (EDeAN) – que, não só em Portugal, objetiva contribuir para o desenvolvimento do Desenho para Todos, enquanto instrumento fundamental para alargar a acessibilidade eletrónica ao maior número possível de cidadãos.
- ✓ Segurança social perante eventualidades da vida: continuidade, e ajuste, de prestações sociais e familiares que garantam o apoio pecuniário em situações de velhice, pobreza, dependência ou necessidade de assistência por outrem, viuvez (como por exemplo a manutenção do poder de compra dos/das beneficiárias/os com pensões mais baixas através da atualização das pensões mínimas, sociais e rurais; o Complemento Solidário para Idosos, uma prestação extraordinária de combate à pobreza de pessoas idosas que visa a melhoria do nível de rendimentos; o Complemento por Dependência atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência).

- ✓ · Conhecer, ganhar mais sabedoria e divertir-se: a Rede das Universidades Sêniores – educação informal para pessoas com mais de 50 anos; “Turismo Sénior” – programa semanal de férias que pretende combater a solidão da população sénior com menores recursos financeiros.
- ✓ Novas tecnologias de informação e comunicação: o Net@vó – projecto educacional transdisciplinar, com recurso a meios audiovisuais e novas tecnologias e o ProjectoTIO – Terceira Idade Online – portal dedicado à população idosa em Portugal (Associação VIDA); IdadeMaior, o primeiro portal português para maiores de 50 com informação sobre temáticas variadas desde lazer e convívio, saúde, família, dinheiro ao bem-estar (BrandKey).
- ✓ · Informação útil e oportuna: o serviço “Linha do Cidadão Idoso” que divulga, junto das pessoas idosas, informação sobre os seus direitos e benefícios; a Linha Nacional de Emergência Social (LNES) – serviço público gratuito, de âmbito nacional, com funcionamento contínuo e ininterrupto para proteção e salvaguarda da segurança dos cidadãos em situação de Emergência Social, sendo um dos grupos prioritários as pessoas idosas; o Serviço de Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais (APNE), especializado e dirigido a pessoas com deficiência e/ou incapacidade, no âmbito do atendimento das áreas das prestações e ação social.
- ✓ · Voluntariado e o diálogo entre gerações: o projeto local “V.I.P.- Voluntariado Intergeracional de Proximidade” para acompanhamento nas atividades de lazer e cultura e apoio na interação com os serviços (CESIS – Centro de Estudos para a Intervenção Social); planos e atividades intergeracionais em autarquias (ex. Alcochete, Torres Vedras, Manteigas).

A OMS (2005) apresentou uma outra estrutura política destinada ao EA tendo por base os Princípios das Nações Unidas para Idosos, ou seja, a independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade. Sendo que as decisões são tomadas de acordo de com os fatores determinantes do EA que influenciam a forma como as pessoas envelhecem.

A estrutura desta política requer ações em três pilares básicos: Saúde, Participação e Segurança, conforme ilustra a figura 2.

Figura 2 - Os três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS, 2005

Desta forma, o pilar da saúde retrata todos aqueles que necessitam de assistência devem ter acesso a serviços sociais e de saúde que atendem às necessidades e aos direitos de todos que se encontram em processo de envelhecimento. Se os fatores de risco forem baixos e os fatores de proteção elevados, as pessoas desfrutam de uma maior e melhor qualidade de vida, permanecendo saudáveis não necessitando de recorrer a tratamentos médicos e serviços assistenciais (OMS; 2005). Na qual as propostas políticas da saúde visam:

- ✓ Reduzir a carga de deficiências em excesso, doenças crônicas e mortalidade prematura (Prioriza a melhoria das condições de saúde nos grupos populacionais pobres. Prevenção e tratamentos eficazes. Ambientes seguros e apropriados para idosos, como a implementação de programas de prevenção de quedas, a segurança no trabalho que protegem os trabalhadores mais velhos de lesões, e a modificação de ambientes formais e informais. Reduzir a perda auditiva evitável com medidas preventivas apropriadas e apoiar o acesso a aparelhos auditivos, bem como serviços oftalmológicos. Viver sem barreiras físicas.

- Colocarem em vigor políticas e programas que melhorem a qualidade de vida. Reduzir os riscos de solidão e isolamento social. Avaliar o impacto do HIV/SIDA sobre os idosos. Promover saúde mental durante a vida. Colocar em prática políticas e programas que asseguram o acesso a todos à água limpa, alimento seguro e ar puro);
- ✓ Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida. (Controlar a comercialização e o consumo de produtos derivados do tabaco, ajudar os mais velhos no abandono do vício. Fornecer oportunidades acessíveis, baratas e agradáveis para os idosos realizarem atividades físicas, para permanecerem ativos ao longo do envelhecimento. Prevenir a desnutrição e garantir a segurança alimentar. Promover uma educação saudável. Promover a saúde oral entre os idosos e incentivar a conservarem os seus dentes naturais enquanto for possível. Reconhecer e explorar a experiência dos idosos para ajudá-los a melhorarem o seu bem-estar psicológico. Reduzir o consumo impróprio e abuso de álcool e drogas. Aumentar o acesso aos medicamentos seguros e essenciais e informar/educar sobre o uso prudente de medicamentos. Assegurar medidas abrangentes para perceber e corrigir a pouca adesão a tratamentos);
 - ✓ Desenvolver um conjunto de serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e adequadas para a terceira idade, que aborde as necessidades e os direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento. (Continuidade da assistência durante o curso da vida, acesso justo e equitativo a serviços de saúde, apoiar os cuidadores informais, proporcionar aos cuidadores formais condições adequadas de trabalho e de remuneração, oferecer serviços de saúde mental amplos, eliminar a discriminação de idade nos sistemas de serviço social e de saúde. Prevenir as doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento. Proporcionar políticas, programas e serviços que capacitem as pessoas a permanecerem em casa durante a velhice. Criação de parcerias e cuidados de qualidade);
 - ✓ Transmitir conhecimentos para cuidadores, formais e informais sobre o EA.

Relativamente ao pilar da participação, a OMS (2005) refere que as pessoas devem contribuir para a sociedade com atividades remuneratórias e não remuneratórias enquanto envelhecem.

As propostas políticas da participação visam:

- ✓ Propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso de vida. (Procura a alfabetização e todos, promove educação para a saúde no sentido de educar e capacitar os idosos. Promove aos idosos o desenvolvimento de novas técnicas agrícolas e tecnologias de informação);
- ✓ Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas nas atividades de desenvolvimento económico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades. (Reduzir a pobreza com acesso a subsídios, permitir a participação a trabalho formal e informal, bem como atividades voluntarias);
- ✓ Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária. (Fornecer serviços de transportes públicos acessíveis e baratos, estimular os idosos a tornarem-se modelos de EA aos jovens, oferecer educação e oportunidades de aprendizagem para as mulheres idosas, proteger as organizações que representam os idosos).

O pilar da segurança salienta que as famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus idosos, ficando assim assegurada a proteção, dignidade e assistência aos idosos.

As propostas políticas da segurança apontam para:

- ✓ Assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos, através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos. (Incentivar os jovens a prepararem-se para a velhice quanto as práticas de saúde, sociais e financeiras, proteger os idosos da comercialização de medicamentos e tratamentos arriscados, defender os direitos dos idosos de forma a poderem manter a sua independência

e autonomia o maior tempo possível, proteger os idosos dos maus tratos);

- ✓ Reduzir as iniquidades nos direitos a segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas. (Proteger a mulher idosa de violência doméstica, propiciar a segurança social para as idosas que não apresentam rendimentos, proteger contra furtos de propriedades e bens).

A reflexão e a promoção do EA propõem uma abordagem global e multidimensional dos seus aspetos, não sendo possível dissociar do conceito de processo de EA os seus determinantes, os conceitos associados a este, tais como a autonomia, a independência, a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida, nem os seus três “pilares”: participação, saúde e segurança.

Desta forma, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar e promover políticas e programas de EA, baseadas em preferências, necessidades e direitos das pessoas idosas, com o objetivo de melhorarem a saúde, participação e segurança dos idosos (OMS, 2005).

2.2. FATORES DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo Ribeiro e Paúl (2011), o Envelhecimento Ativo é um processo construtivo e progressivo, que se desenvolve durante toda a vida e que produz resultados diferentes para cada indivíduo, uma vez que sofre a ação de alguns determinantes, definidos pela OMS em 2005.

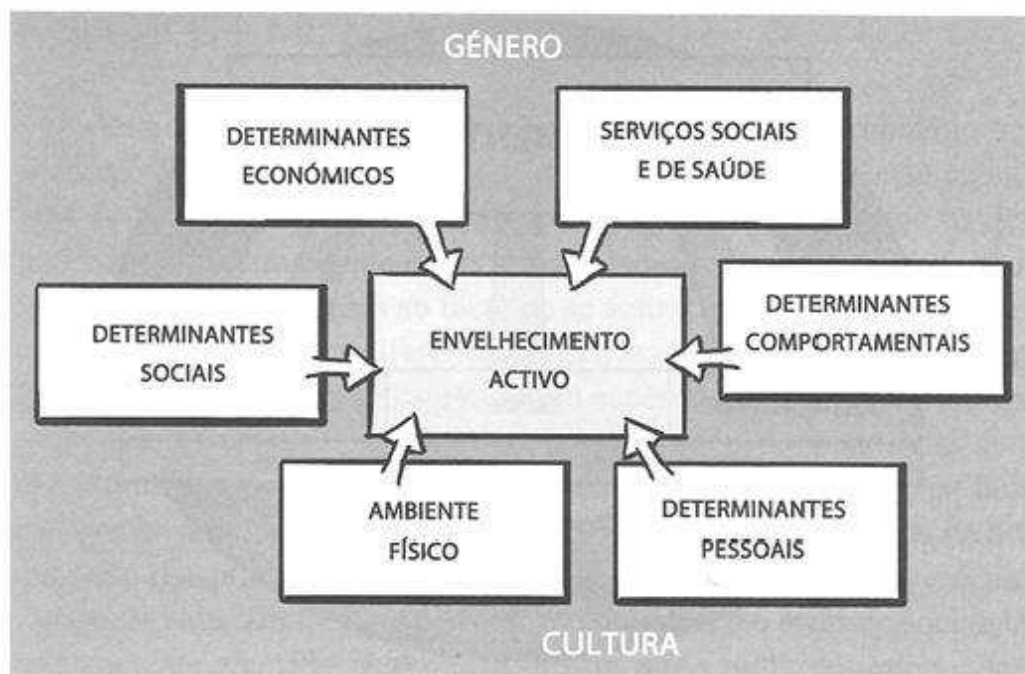
Desta forma, o processo de EA é condicionado por determinantes de vários tipos, nomeadamente:

- ✓ 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).

Todos estes determinantes, de acordo com o género e cultura do indivíduo, vão ajustar o envelhecimento ativo do mesmo, segundo o preconizado pela OMS, como ilustra a figura 3.

Figura 3 - Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS, 2005

Cada um deles compreende vários aspetos e é sobre estes que as políticas procuram orientar a sua atuação.

2.3. 2012: ANO EUROPEU DO ENVELHECIMENTO ATIVO E DA SOLIDARIEDADE ENTRE GERAÇÕES

O ano de 2012 foi definido pela Comissão Europeia como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (AEEASG) , dando seguimento a um percurso de eleição de temáticas relacionadas com a questão geral do envelhecimento demográfico inaugurado em 1999, ano pela primeira vez definido, pelas Nações Unidas, como Ano Internacional da Pessoa Idosa.

A II Assembleia Mundial das Nações Unidas realizada em Madrid, em 2002, traçou como objetivos orientadores de políticas inovadoras para responder ao envelhecimento demográfico: o envelhecimento ativo; e a sociedade para todas as idades. Assim, o envelhecimento ativo e a solidariedade intergeracional passam a ser considerados elementos-chave da coesão social, contribuindo para uma maior qualidade de vida paralelamente ao envelhecimento das pessoas. Por outro lado, e uma vez que se baseiam no reconhecimento dos direitos humanos, contribuem igualmente para a consolidação da democracia.

Desta forma, os objetivos do Ano Europeu definidos foram:

- a) Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo das suas diversas dimensões, incluindo a intergeracionalidade, e conseguir uma posição destacada nas agendas políticas;
- b) Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados-Membros e as várias partes Interessadas;
- c) Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras;
- d) Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade, superando estereótipos e eliminando obstáculos, em especial quanto à empregabilidade.

As várias iniciativas no âmbito do AEEASG, foram enquadradas em cinco eixos chave que abrangeram os temas que deram os motes e conteúdos ao ano de 2012 dedicado ao envelhecer e à cooperação intergeracional: sendo eles:

- ✓ Emprego, trabalho e aprendizagem ao longo da vida;
- ✓ Saúde, bem-estar e condições de vida;
- ✓ Solidariedade e diálogo intergeracional;
- ✓ Voluntariado e participação cívica e,
- ✓ Conhecimento e sensibilização social.

O objetivo global do AEEASG foi contribuir para facilitar a criação de uma cultura de envelhecimento ativo na Europa, retomando o lema do Ano Internacional das Pessoas Idosas de 1999 – UMA SOCIEDADE PARA TODAS AS IDADES e com os olhos postos também no tema do próximo ano europeu, a CIDADANIA.

Em suma e face à tendência do envelhecimento da população da Europa, o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações 2012 procurou desta forma sensibilizar a sociedade europeia para o contributo socioeconómico prestado pelas pessoas mais velhas, bem como promover medidas que criem mais e melhores oportunidades para que os cidadãos idosos se mantenham ativos.

CAPITULO II

EnvelheSER ATIVO

1. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde é “um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado” (Tavares, 1990, p.14).

Imperatori e Giraldes (1993, p.26-27) classificam o planeamento em saúde, “(...) em termos de tempo e espaço, segundo a natureza dos objetivos a atingir e das decisões a tomar e os prazos em que estes se enquadram. Assim, os planos classificam-se em longo, médio e curto prazo, respetivamente, estratégicos, táticos e operacionais”.

Tavares (1990, p.29) refere que em Saúde, planear é “um processo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinando segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher as soluções ótimas entre várias alternativas; essas escolhas tornam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro”.

Com recurso à metodologia do Planeamento em Saúde realizamos um estudo descritivo exploratório com caráter transversal.

O Planeamento em Saúde, que ocorreu no estágio integrado no 2º ano do Mestrado em Enfermagem comunitária, teve a durabilidade de quatro meses aproximadamente (1 de Outubro de 2012 a 25 de Janeiro de 2013), realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), no concelho de Felgueiras, freguesia de S.Jorge de Várzea, tendo como objetivo, **promover o envelhecimento ativo** nos utentes idosos com idade igual ou superior a 65 anos dos centros de dia /centros de convívio do concelho.

Sabendo que o envelhecimento da população é um dos desafios atuais e que os idosos são um recurso de extrema importância para a nossa sociedade, o âmbito da intervenção selecionada requereu a promoção da saúde do idoso.

Recorremos à metodologia de Planeamento em Saúde por ser um processo contínuo e dinâmico, percorrendo diferentes etapas sendo também um

contributo na procura de um estado de saúde, através da promoção, incluindo mudanças de comportamentos das populações (Ministério da Saúde e Educação, 2006).

Trata-se de um estudo descritivo uma vez que não se controlam as variáveis em estudo, não existe aleatorização dos participantes nem se deduzem relações causa-efeito, apenas se descreve o fenómeno com as variáveis presentes (Fortin, 2009). Um estudo transversal pois os dados foram colhidos num determinado período de tempo (Fortin, 2009). Desta forma, tornar-se-á possível analisar e compreender a realidade dos problemas da definida população-alvo, com a certeza que não se obterá “(...) uma verdade, mas antes, muitas verdades” (Carpenter & Streubert, 2002, p.18).

Considerando os vários e diferentes tipos de planeamentos, este trabalho insere-se no planeamento operacional, característico de níveis inferiores de organização, tendo como objetivo a gestão de operações (utilização de meios e recursos disponíveis na organização de atividade) num período de tempo mais curto.

Procuramos, também, que este trabalho não fosse simplesmente um trabalho pontual mas sim que tivesse continuidade na comunidade.

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa do Planeamento em Saúde consiste no diagnóstico de situação e segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.43) deve “corresponder às necessidades da população”, na qual referem também que o “diagnóstico deve ser suficientemente alargada, aprofundado, sucinto, claro, rápido e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento”.

Quando desenvolvemos um projeto no âmbito da promoção de saúde devemos realizar sempre uma análise integrada das necessidades da população, na perspetiva de desenvolver estratégias e ações. E para levar a cabo o estudo, tornou-se essencial conhecer o contexto social, do concelho de Felgueiras.

2.1. O CONCELHO DE FELGUEIRAS

Felgueiras é uma cidade Portuguesa no distrito do Porto, região Norte e sub-região do Tâmega, com cerca de 15.525 habitantes, inserida na freguesia de Margaride. É sede de um município com 115,74 km² de área e 58 065 habitantes (2011), subdividido em 32 freguesias (figura 4). O município é limitado a norte pelo município de Fafe, a nordeste por Celorico de Basto, a sueste por Amarante, a sudoeste por Lousada e a noroeste por Vizela e Guimarães.

Figura 4 - Freguesias do concelho de Felgueiras



Fonte: www.retratoserecantos.pt

A primeira referência histórica a Felgueiras data de 959, no testamento de Mumadona Dias, quando é citada para identificar a vila de Moure: "*In Felgaria Rubeans villa de Mauri*". Em 13 de Julho de 1990 Felgueiras foi elevada à categoria de cidade (CMF, 2011), na qual o seu Braço, contém como heráldica, armas de prata, com uma banda onçada de azul acompanhada de dois cachos de uvas de púrpura, folhados de verde, bordadura de negro, carregada de doze abelhas de ouro; uma coroa de cinco torres de prata e listel de branco com a palavra "FELGUEIRAS" a negro, uma bandeira gironada de oito peças de amarelo e púrpura, cordões e borlas de ouro e púrpura; haste e lanças douradas e um selo circular, com as peças do escudo, sem indicação dos esmaltes, envolvidos por dois círculos concêntricos (CMF, 2011), tal como ilustra a figura seguinte.

Figura 5 - Braço de Felgueiras



Fonte: CMF, 2011

No verdadeiro coração da Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS) III do Tâmega, Felgueiras, constitui nos dias de hoje um marco importante no mapa de autoestradas e itinerários principais, uma prova sólida de afirmação das inúmeras potencialidades reais do concelho (INE, 2012).

Segundo a CMF (2011), Felgueiras é uma terra de exceção, que aposta na valorização dos seus recursos humanos, na consolidação do campus politécnico, que será consubstanciado com o desenvolvimento do “Parque Politécnico de Felgueiras”, por parte do Instituto Politécnico do Porto (IPP), ao qual será acoplado o “Pólo Tecnológico de Felgueiras”, no quarteirão urbano onde se encontram as instalações da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Felgueiras, no desenvolvimento económico (pleno emprego e centro de negócios) e na consolidação das suas infraestruturas (CMF, 2011).

Marcada pela invulgar capacidade empreendedora do seu povo, Felgueiras é responsável por 50% da exportação nacional de calçado, por 1/3 do melhor Vinho Verde da Região e por um valioso património cultural, tornando Felgueiras num dos municípios com maior desenvolvimento do Norte do País (CMF, 2011).

Os sabores autênticos da gastronomia, a frescura e intensidade dos aromas dos vinhos e o ambiente de grande animação proporcionam momentos inesquecíveis. Dando corpo a essa riqueza, e segundo a CMF (2011) foi já constituída a “Confraria do Vinho de Felgueiras”, destinada a divulgar e defender o vinho e a gastronomia felgueirenses.

Considerando os aspetos demográfico, atualmente o concelho de Felgueiras compreende uma população residente igual a 58 065 habitantes, que como podemos observar pela tabela 1 tem vindo a aumentar, dos quais 28 094 são homens e 29 971 mulheres, perfazendo um total de 10 016 famílias maioritariamente nucleares, isto é, constituída por 3 pessoas, em média, embora se assista a uma distribuição desigual da população entre as freguesias (INE, 2012).

Tabela 1 – População do concelho de Felgueiras (1801 – 2011)

1801	1849	1900	1930	1960	1981	1991	2001	2011
11 413	15 614	22 973	25 424	38 895	48 015	51 248	57 595	58 065

Fonte: INE, 2012

Em relação ao nível de escolaridade, a população de Felgueiras possui, segundo dados do INE (2012), na sua maioria, baixos níveis de escolaridade (1º ciclo do ensino básico) e uma taxa de alfabetismo que ronda os 8%, segundo dados do INE (2012). Esta situação parece estar associada à capacidade de empregabilidade, com o predomínio do sector do calçado, condicionando a uma mão-de-obra pouco diversificada e pouco qualificada, que como já se fez referência é a atividade maioritária da população residente no concelho.

A nível de recursos de saúde, o concelho de Felgueiras encontra-se integrado no ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) Tâmega III – Vale do Sousa Norte, existindo ainda um Hospital, designado Hospital Agostinho Ribeiro, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras (CMF, 2011).

Relativamente aos equipamentos existentes, segundo dados da CMF (2011) tem-se vindo a assistir ao alargamento de estruturas de apoio social e de educação, na qual existiam algumas lacunas.

2.2. PLANO METODOLÓGICO

O diagnóstico de situação deve corresponder às necessidades de saúde da população em questão, desta forma, é dinâmico, no qual a caracterização da situação é contínua, permanente e com atualizações constantes.

O objetivo do diagnóstico de situação foi identificar problemas de saúde das pessoas idosas do concelho de Felgueiras, decorrendo entre 1 de Outubro e 16 de Novembro.

Os objetivos traçados para esta etapa do trabalho focam:

- ✓ 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 dos idosos aos serviços de saúde;
- ✓ Identificar as doenças que mais afetam os idosos;
- ✓ Identificar as condições terapêuticas dos idosos;
- ✓ Conhecer hábitos de atividade física das pessoas idosas;
- ✓ Avaliar a segurança de dependência das pessoas idosas;
- ✓ Mensurar o nível de dependência das pessoas idosas e,
- ✓ Conhecer a qualidade de vida das pessoas idosas.

Dirigimos a nossa atuação às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Felgueiras, relativamente aos Centros de Dia e aos Centros de Convívio, sendo eles:

- ✓ 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;

- ✓ Associação da Casa do Povo da Longra;
- ✓ Associação da Casa do Povo de Jogueiros.

O meio onde se efetuou o estudo foi natural e a população alvo passamos a descrever de seguida.

- **População alvo e amostra**

Para a realização deste estudo de investigação é necessário a identificação da população alvo, assim, segundo Fortin (1999, p.311) a população alvo é “(...) o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente”.

Selecionamos como população alvo, os idosos com idade igual ou superior a 65 anos que frequentam os centros de dia/centros de convívio do concelho de Felgueiras.

Foi possível conhecermos a nossa população através da solicitação de uma listagem à UCC de Felgueiras e à divisão de ação social da Câmara Municipal de Felgueiras.

Realizamos as visitas de 1 a 12 de Outubro de 2012, agendado sempre que possível a visita seguinte para a realização da colheita de dados junto do idosos.

A nossa população foi constituída por 86 idosos, no entanto, só foram selecionados alguns através dos seguintes critérios de Inclusão:

- ✓ Estar presente na instituição no período da realização do questionário;
- ✓ Aceitar a participação no projeto (assinar consentimento informado);
- ✓ Obter no Teste de MEEM (Mini-Exame do Estado Mental) com pontuação de igual ou superior a 15 valores;

De salientar a aplicação do MEEM (Anexo C), de Folstein, cujo objetivo é avaliar o estado cognitivo, na qual a pontuação máxima consiste em 30 pontos, sendo o individuo com estado mental normal aquele que atinge pontuações acima dos 27 pontos (Malagutti & Bergo, 2010). Este instrumento foi aplicado a

todos os indivíduos da nossa população acessível, constituindo este um critério de inclusão na amostra, como referenciado anteriormente com o objetivo de promover o envelhecimento ativo.

Relativamente à amostra, para Fortin (1999, p.312) é “(...) uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”.

Desta forma foi selecionada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, ou também designada por acidental, pois utilizou-se um grupo de indivíduos que estavam disponíveis. Como refere Fortin (1999, p.208) “a amostra não probabilística é um processo de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”.

É utilizada não para extrapolar resultados para a população, mas pode ser utilizada em caráter exploratório para avaliar as principais características do grupo em estudo (Fortin, 1999). A nossa amostra foi constituída a nossa amostra por 51 idosos.

- **Instrumento de colheita de dados**

Fortin (1999, p.41) define colheita de dados como “uma colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos”.

A mesma autora refere que, “a escolha do método da colheita de dados faz-se em função das variáveis e da operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada” (Fortin, 1999, p.239).

O instrumento de colheita de dados escolhido foi um questionário, construído de raiz, de forma a responder ao que pretendíamos, constituído com perguntas abertas e fechadas, de resposta simples e alternativas, atendendo que “quando a pergunta solicita uma opinião, uma atitude ou um grau de satisfação, o investigador não deve utilizar só duas alternativas de resposta” (Hill & Hill, 2009, p.123). Com as perguntas abertas pretendemos complementar e contextualizar a informação obtida.

Atendendo, de igual forma à faixa etária e às habilitações literárias dos respondentes, foi nossa preocupação a utilização de uma linguagem adequada, que nos permitiu caracterizar a amostra e obter informações relacionadas com a habitação, rendimentos económicos, relações sociais, alimentação, sono/vigília, hábitos nocivos, condições de saúde, atividade física e segurança.

Além das questões elaboradas, decidimos incluir neste instrumento de colheita de dados, o Índice de Barthel e a escala de avaliação da qualidade de vida, WHOQOL – breve, versão portuguesa (traduzida da WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life), da Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos, respetivamente (Anexo D).

O WHOQOL-Bref consiste num instrumento de medida genérica, multicultural e multidimensional, o que proporciona uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, junto de pessoas saudáveis ou com distúrbios psicológicos ou físicos, com idade igual ou superior a 18 anos ou que exerçam um papel social de adulto (Serra *et al.*, 2006), permite assim avaliar de forma global os diversos aspetos relacionados com a QV do individuo (Pereira, 2007).

Serra *et al.* (2006, p.47) afirma que o WHOQOL-Bref “apresenta bons valores de consistência interna, validade discriminante, validade de constructo e estabilidade teste-reteste, tornando-o um bom instrumento para avaliar a qualidade de vida em Portugal”

Utilizamos o índice de Barthel, sendo este um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Malagutti & Bergo, 2010).

A aplicação do instrumento de recolha de dados, ocorreu de 15 de Outubro a 9 de Novembro de 2012, e antecipando algumas restrições dos idosos, tais como o baixo nível de escolaridade da população idosa foi de forma indireta, isto é

efetuamos as questões e registamos as respostas dadas pelos idosos inquiridos.

- **Operacionalização das variáveis**

A consideração das variáveis em estudo, desde a sua definição à sua operacionalização, torna-se essencial numa investigação para impedir o seu comprometimento ou risco de invalidar as mesmas. Por esta razão as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional (Hill & Hill, 2009).

Neste contexto, procedemos, à codificação das variáveis e ao seu registo informático que consistiu na sistematização numa tabela de forma à prossecução do seu tratamento por esta via. Por forma a validar os dados procedemos à verificação da existência de dados ausentes (*missings*) e discrepantes (*outliers*). Validado o ficheiro informático, procedemos à análise estatística e interpretação dos dados com o suporte do *software* estatístico.

Para melhor compreensão da investigação a tabela 2 seguinte resume as questões que compõem as diversas componentes em estudo e as respetivas técnicas estatísticas e econométricas a elas associadas.

Tabela 2 – Questões, dimensões do estudo e técnicas estatísticas associadas

Variáveis		Operacionalização
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
Habitação / coabitação Questão: 6, 7,7.1,7.2	Características da habitação e com quem vive o idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Com quem vive ○ Tipo de habitação ○ Tem escadas ○ Tem água canalizada/potável
Rendimentos Questão: 8	Rendimentos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Os seus rendimentos mensais
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
Alimentação Questão: 12, 12.1, 12.1.1, 12.2, 12.3	Questões relacionadas com a alimentação do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
Sono/vigília Questão: 13, 13.1 e 13.2	Características do sono do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qual o número de horas de sono diárias ○ Tem o hábito de dormir a sesta ○ Toma alguma medicação para dormir
Hábitos Nocivos Questão: 14 e 15	Hábitos nocivos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consome bebidas alcoólicas diariamente ○ Consome tabaco
Cuidados de Saúde Questão: 16, 17,	Acompanhamento médico Doenças do idoso Medicação do idoso	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tem Médico de família ○ Sofre de alguma doença(s)

17.1, 18, 18.1 e 18.2		<ul style="list-style-type: none"> ○ A(s) sua(s) doença(s) está relacionada com ○ Toma medicação diariamente ○ Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente
<p>Atividade Física Questão: 19, 19.1, 19.2 19.3 e 20</p>	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
<p>Segurança Questão: 21 e 22</p>	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

Assim, tentamos identificar necessidades da população, tendo por base algumas variáveis que foram operacionalizadas.

- **Pré-teste**

Uma vez que foi elaborado o questionário de raiz, tivemos a necessidade de realizar um pré-teste, no intuito, de avaliarmos o questionário de forma a ir ao dos nossos objetivos, se as questões eram percetivas e de acordo com a amostra em questão.

Assim, realizamos o pré-teste no dia 10 de outubro de 2012 num centro de dia do concelho de Vila Real, a 10 idosos que reuniam as mesmas características da população em estudo.

O instrumento inicialmente elaborado sofreu alguns ajustes, assim sendo, existiu a necessidade de acrescentar na questão 8 relativamente aos rendimentos a resposta “ não sabe”; na questão 12.1 relativa a alimentação acrescentou-se a resposta “não confeciona”; a questão nº22 foi trocada de posição com a questão nº21, isto porque consideramos que ao responder à

questão “sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?”, antes da questão “Sente-se seguro em sua casa?”, uma resposta poderia influenciar a outra, daí terem sido trocadas as posições, e na questão nº22 relativamente às quedas, acrescentamos “Onde?” para identificar o local da queda.

- **Análise de dados**

Os dados do estudo e após terem sido recolhidos, só por si não dizem nada, e de igual modo não só permite chegar a nenhuma conclusão, “constituiriam pouco mais do que uma massa caótica de números” (Lobiondo-Wood & Haber, 2001, p.107) pelo que necessitam de ser tratados.

Desta forma, necessitamos de um plataforma estatística para o tratamento de dados e assim sendo como salienta Tuckmen (2005, p.369) “(...) um investigador pode comparar os grupos de dados de modo a determinar qual a probabilidade de diferença entre eles se basearam na acaso(...)”.

Nesta linha, após a aplicação do instrumento de colheita de dados procedemos à criação de uma base de dados, com uma análise sustentada na estatística descritiva. Recorremos então ao programa SPSS (Statistics Program Social Science, versão 20.0) para a construção de quadros e gráficos que nos permitiu um análise e apresentação dos dados colhidos.

Para testar os dados, ao longo deste estudo foram utilizados diversos testes, no âmbito da análise univariada e da análise multivariada efetuada.

- **Questões éticas**

Todo e qualquer estudo que envolva a pessoa humana deve estar ligado moral e eticamente à honestidade, e ainda a uma conduta legal de procedimentos (Bernardo, 2008).

Identificadas as várias instituições de Centros de Dia e Centros de Convívio, foram contactados os Diretores Técnicos, respetivamente, através da UCC de Felgueiras por correio eletrónico com uma carta de apresentação anexada

(Anexo A), explicando a finalidade, os objetivos e o contexto do nosso trabalho e solicitando a participação dos mesmos.

Obtivemos confirmação de todas as instituições (Anexo A), exceto do Centro de Convívio da Associação da Casa do Povo de Jogueiros que não omitiu qualquer resposta, na qual tentamos realizar o contacto por via telefónica, contudo sem sucesso e 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 demonstrarmos o nosso interesse na participação das instituições no nosso projeto de intervenção, referindo os procedimentos necessários (colheita de dados, planeamento e execução de atividades e a sua respetiva avaliação), estabelecendo possíveis dúvidas e conhecer as instituições.

Para salvaguardar eventuais questões éticas, antes da aplicação do inquérito, obtivemos o consentimento informado (Anexo A) de cada idoso, explicamos a cada um o âmbito e objetivo de trabalho, o tipo de perguntas a realizar e que a participação era voluntária, opcional, anónima e confidencial, sendo os resultados divulgados em conjunto com a totalidade das respostas de todos os inquiridos. A autorização para a aplicabilidade dos instrumentos de colheita de dados também foi tida em atenção (Anexo B).

2.3. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A nossa população, como já foi referido, foi constituída por todos os idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, contudo foram submetidos a critérios de inclusão.

No caso deste estudo, dos 70 idosos que foram submetidos ao Mini Exame do Estado Mental (um dos critérios de inclusão), 72,9% (51) dos idosos passaram e foram admitidos no estudo tendo os restantes 27,1% (19) dos idosos não sido admitidos no estudo.

Tabela 3. - Resultados obtidos pelos idosos submetidos 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 aos idosos que passaram no Mini Exame do Estado Mental, nomeadamente no que concerne à escolaridade dos idosos, existem 54,9% (28) dos idosos sem qualquer nível de ensino tendo os restantes 45,1% (23) o 1º ou 2º ciclo. Na tabela 4 estão representadas as pontuações dos idosos que passaram no exame, revelaram ausência de defeito cognitivo.

Tabela 4. - Resultados obtidos pelos idosos aprovados no Mini Exame do Estado Mental

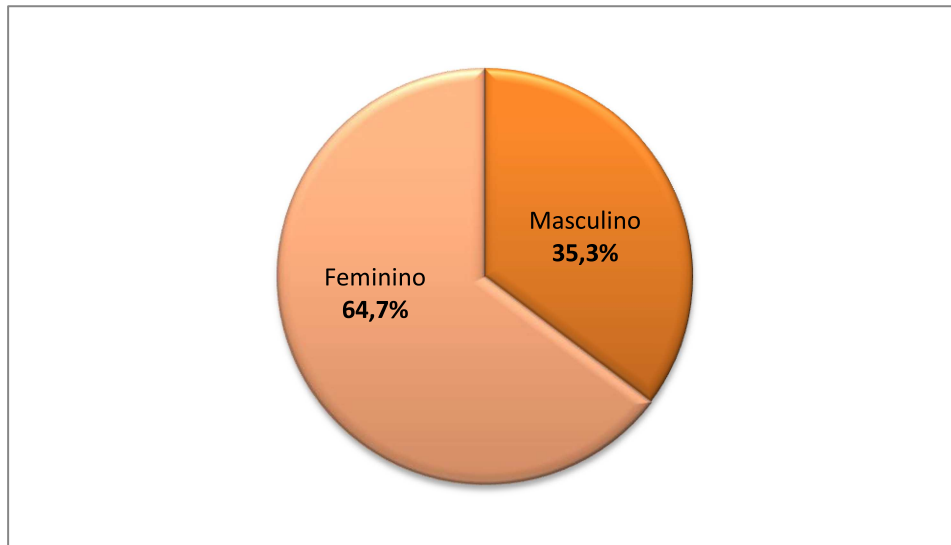
NÍVEL DE ENSINO	N	%	MIN.	MÁX.	MÉDIA	σ	PONTUAÇÃO REPRESENTATIVA DE DEFEITO COGNITIVO
SEM NÍVEL DE ENSINO	28	54,9	16	27	19,86	3,43	≤ 15
1º OU 2º CICLO	23	45,1	23	29	25,39	2,37	≤ 22

A apresentação dos dados estatísticos segue a ordem do instrumento de colheita de dados, pelo que começaremos por fazer a caracterização sócio-demográfica dos elementos da amostra, seguindo-se algumas questões relativas à habitação, rendimentos, relações sociais, hábitos alimentares, sono/vigília, hábitos nocivos, condições de saúde, bem como a atividade física e segurança. Por último, apresentamos os resultados da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref) e da Escala de Avaliação da Dependência de Barthel.

Caracterização sociodemográfica

Relativamente ao género dos 51 idosos inquiridos constatamos que 35,3% (18) são do género masculino e 64,7% (33) são do género feminino. O gráfico 2 representa a distribuição percentual dos idosos por sexo.

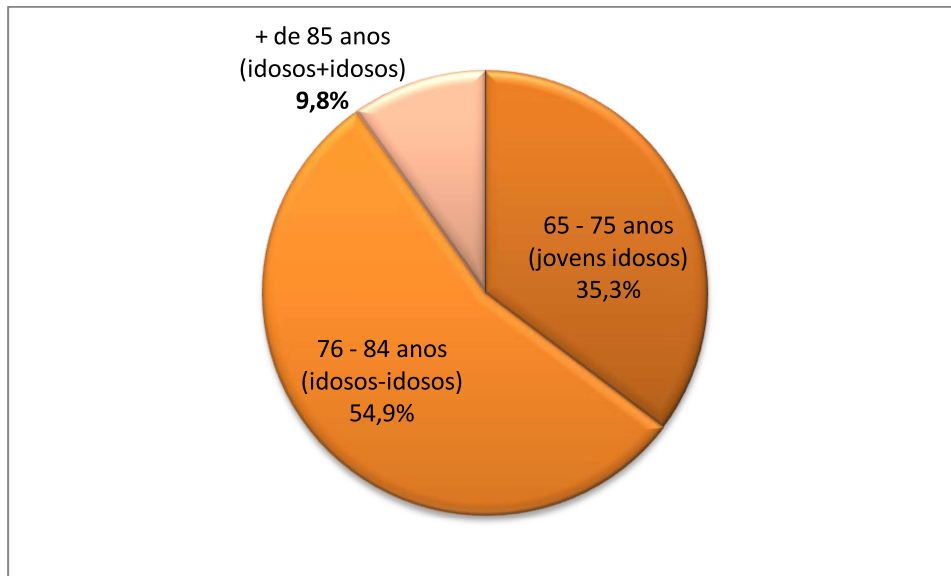
Gráfico 2 – distribuição dos idosos em função do género



Relativamente à idade dos idosos, seguimos a classificação atribuída por Debert (1999) que segmentou a idade dos idosos em três grupos: jovens idosos (65-75 anos); idosos-idosos (76-84 anos); e idosos+idosos (+ de 85 anos).

Verificamos então que 35,3% (18) dos idosos pertencem à classe etária entre os 65 e os 75 anos, estando a classe etária entre os 76 e os 84 anos representada por 54,9% (28). Os idosos com 85 anos ou mais (idosos+idosos) são os que têm menor representatividade com 9,8% (5) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – distribuição dos idosos em função da idade



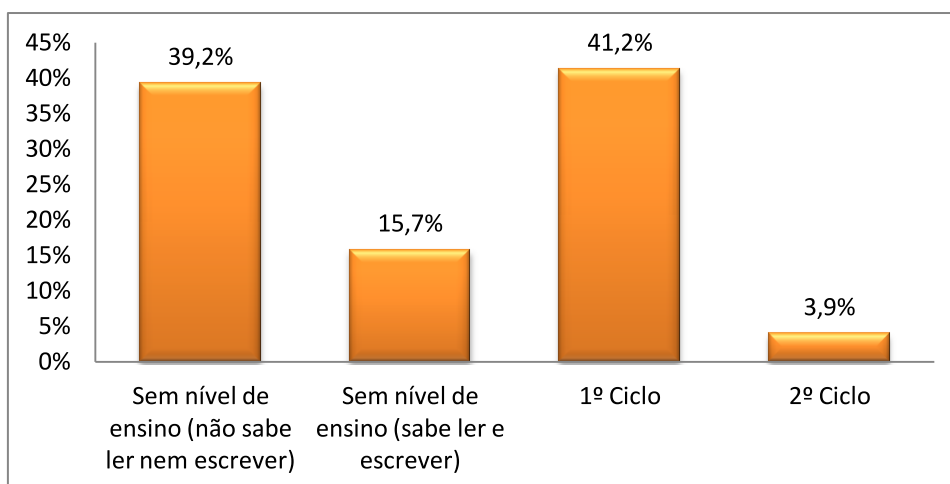
A partir da tabela 5 verificamos que a idade oscila entre os 65 e os 90 anos com uma média de 77,14 anos e um desvio padrão de 6,11 anos.

Tabela 5 –idade dos idosos

	N ^a	min	máx	M	σ
Idade dos idosos	51	65	90	77,14	6,11

Continuando com a caracterização sóciodemográfica e referindo-nos às habilitações literárias dos idosos verificamos que 54,9% (28) não têm qualquer nível de ensino, dos quais 39,2% (20) não sabem ler nem escrever e 15,7% (8) sabem ler e escrever. Apenas 2 (3,9%) possuem mais que o 1º ciclo e nenhum possui mais do que o 2º ciclo. Assim, 96,1% (49) têm no máximo o 1º ciclo como habilitações literárias (grafico 4).

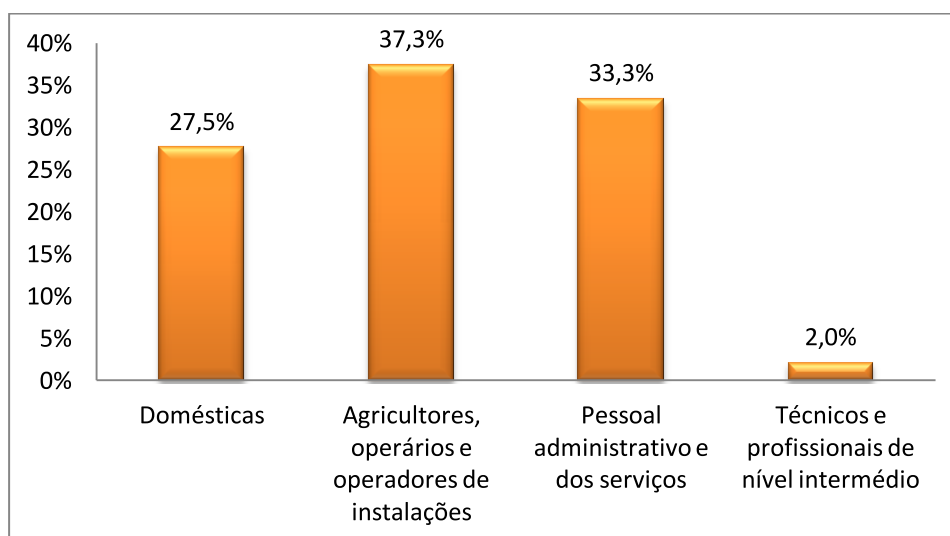
Gráfico 4 – distribuição dos idosos em função das habilitações literárias



As profissões dos idosos, representadas no gráfico 5 foram segmentadas em grupos, sendo estes constituídos por “Domésticas”, “Agricultores, operários e operadores de instalações”, “Pessoal administrativo e dos serviços” e “Técnicos e profissionais de nível intermédio”.

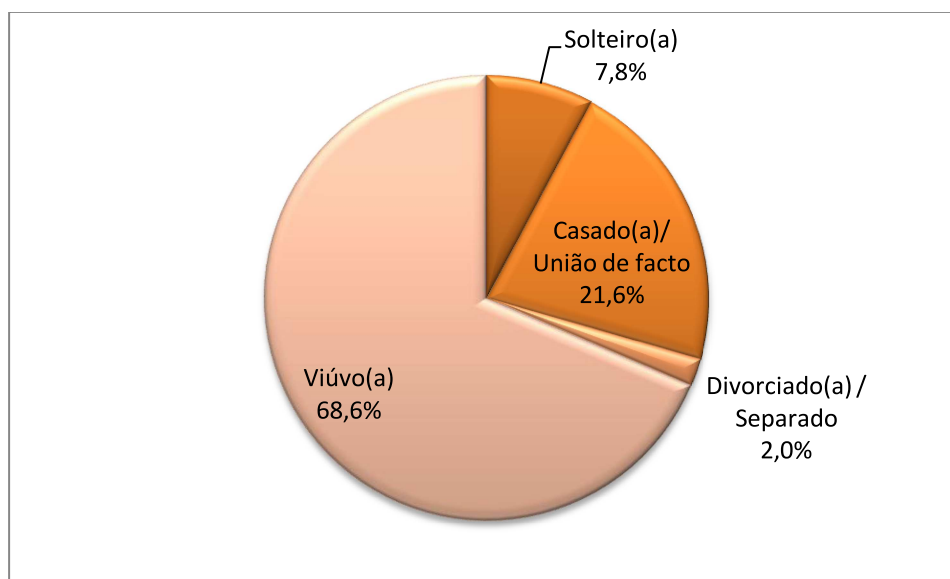
Os grupos mais representativos foram o dos “Agricultores, operários e operadores de instalações” com 37,3% (19) e o do “Pessoal administrativo e dos serviços” com 33,3% (17). Seguidamente surge o grupo constituído por “Domésticas” com 27,5% (14). Apenas um dos idosos (2,0%) pertence ao grupo dos “Técnicos e profissionais de nível intermédio”.

Gráfico 5 – distribuição dos idosos em função da profissão



No que diz respeito ao estado civil (gráfico 6) a esmagadora maioria dos idosos é viúvo (68,6% - 35 idosos). Alguns dos idosos, no entanto, encontram-se casados ou em união de facto (21,6% - 11 idosos). Apenas uma pequena percentagem dos idosos se encontra solteiro (7,8% - 4 idosos) ou se encontra divorciado/ separado (2,0% - 1 idoso).

Gráfico 6 – distribuição dos idosos em função do estado civil



No gráfico 7, podemos verificar que maior parte dos idosos vive sozinho (49,0% - 25 idosos), embora também se verifique que uma parte considerável dos idosos viva em família alargada (33,3% - 17 idosos), (gráfico 8) principalmente com a filha (20,9% - 11 idosos), filho (11,6% - 6 idosos) ou com um dos irmãos (2,0% - 1 idoso). Verificamos ainda que 17,6% (9) dos idosos vivem com o cônjuge.

Gráfico 7 – distribuição dos idosos em função de com quem vive

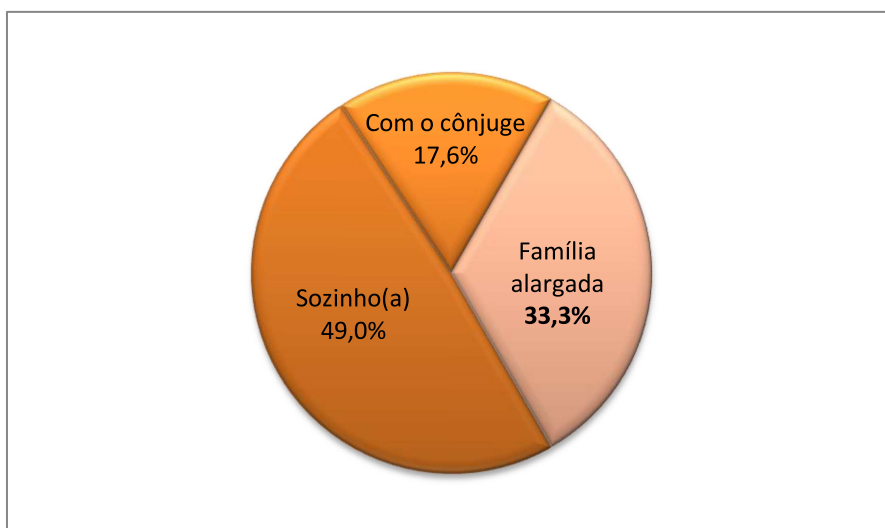
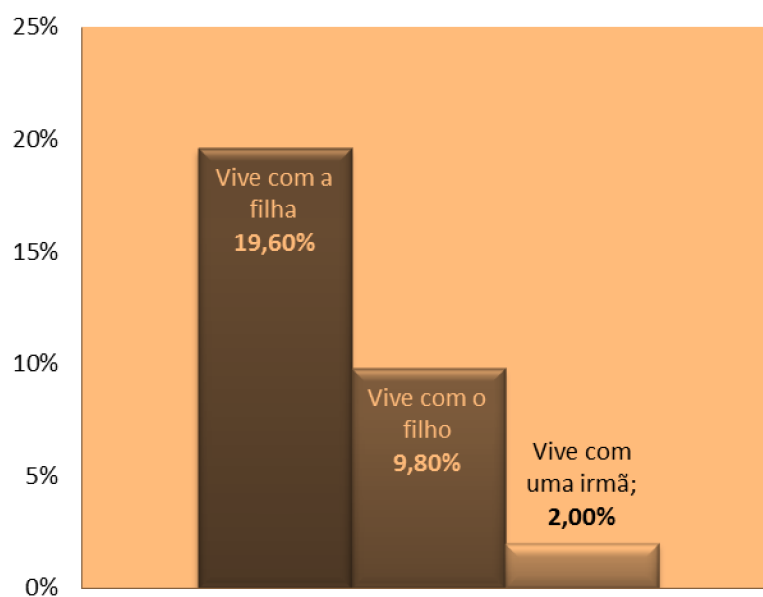


Gráfico 8 – distribuição dos idosos em função de com vive da família alargada



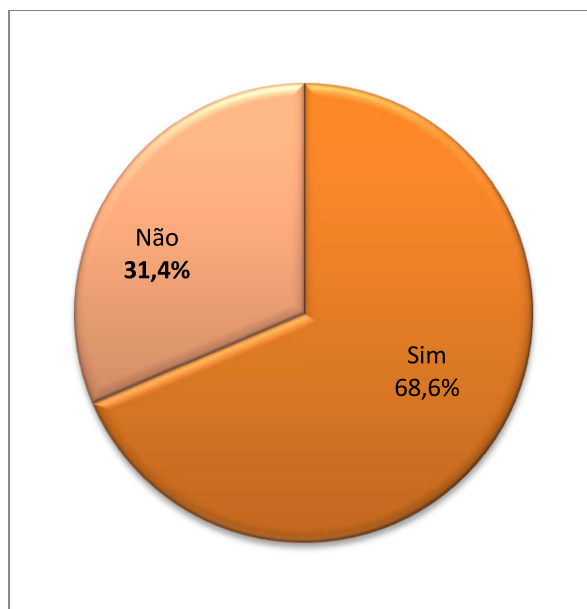
No que diz respeito ao tipo de habitação (gráfico 9), 30 (58,8%) dos idosos afirmaram residir em habitação própria, 10 (19,6%) referiu residir numa casa alugada e 8 (15,7%) salientou residir em casa dos conviventes. Residualmente, 3,9% (2) indicaram residir em casa emprestada e 2,0% (1) em outra situação.

Gráfico 9 – distribuição dos idosos em função da habitação



A maioria dos idosos afirma residir numa habitação com escadas (68,6% - 35 idosos), e apenas 31,4% (16) referem que a habitação não tem escadas (gráfico 10).

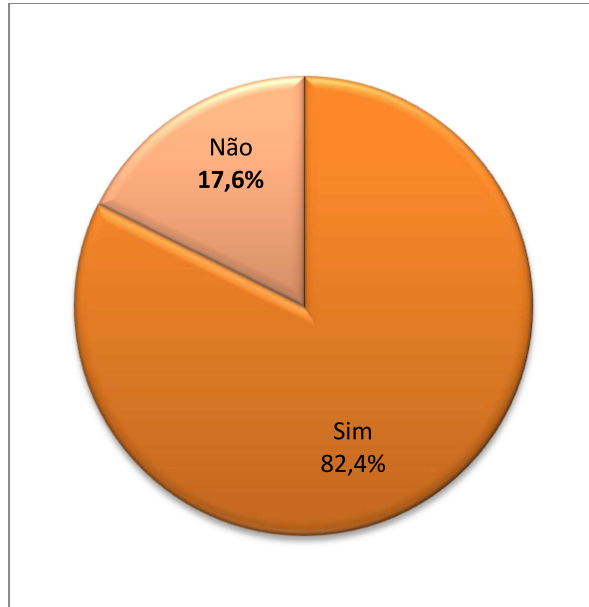
Gráfico 10 – distribuição dos idosos em função da existência de escadas na habitação



Ao analisarmos o gráfico 11, concluímos que apenas 9 (17,6%) dos idosos afirma não possuir na sua habitação água canalizada/ potável. Verifica-se,

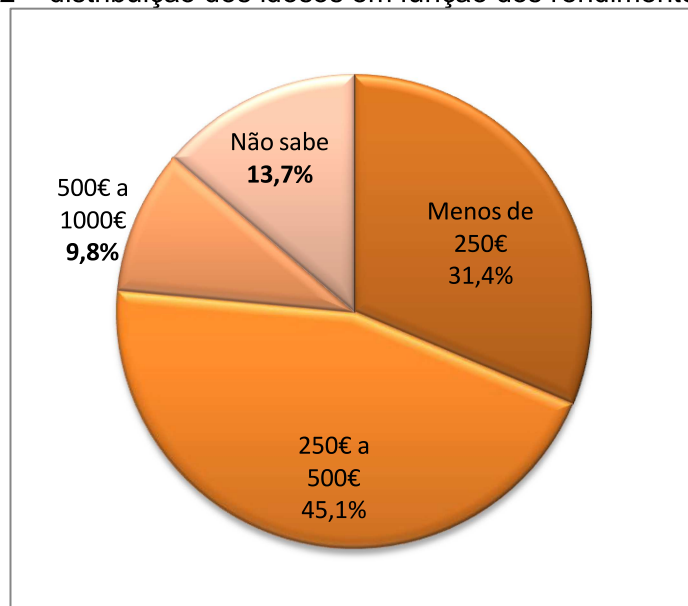
assim, que a esmagadora maioria (82,4% - 42 idosos) detém na sua habitação água canalizada/ potável.

Gráfico 11 – distribuição dos idosos em função da existência de água canalizada/potável na habitação



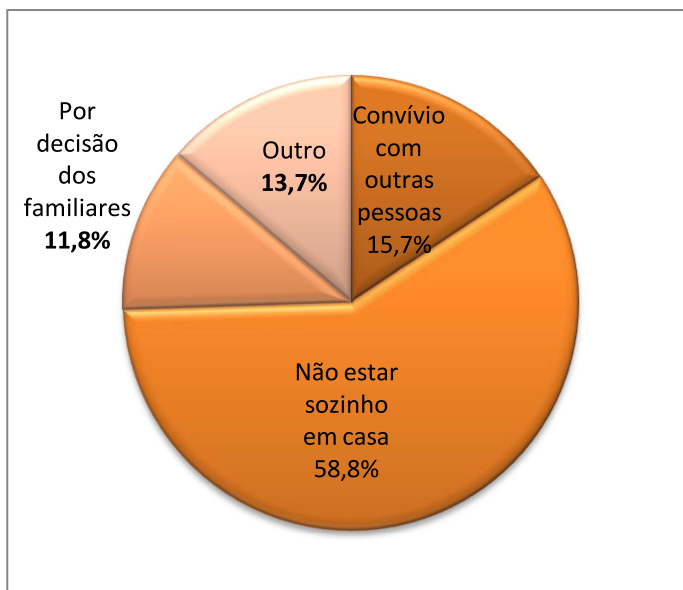
No que respeita aos rendimentos mensais dos idosos, apenas 5 (9,8%) refere ter rendimento entre os 500€ e os 1000€. A maioria dos idosos recebe entre os 250€ e os 500€ (45,1% - 23 idosos) ou menos de 250€ (31,4% - 16 idosos). É, ainda, de referir que 17 (13,7%) dizem não saber quais são os seus rendimentos.

Gráfico 12 – distribuição dos idosos em função dos rendimentos mensais



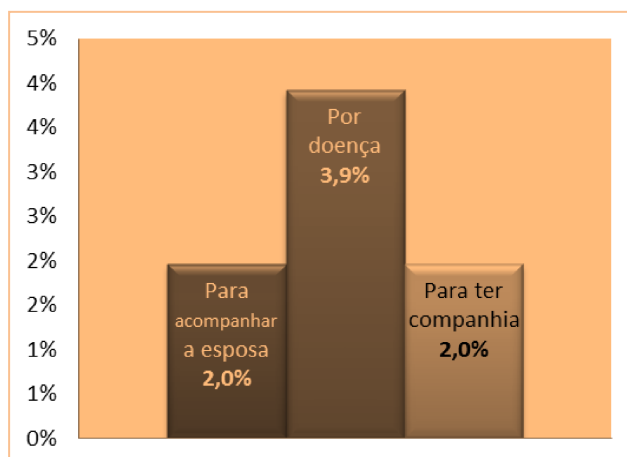
Quando questionados sobre qual o principal motivo que os levou a frequentarem o centro de dia (gráfico 13), os idosos inquiridos referiram que principal fator seria o de não estarem sozinhos em casa (58,8% - 30 idosos) ou para estarem em convívio com outras pessoas (15,7% - 8 idosos).

Gráfico 13 – distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o centro de dia/convívio



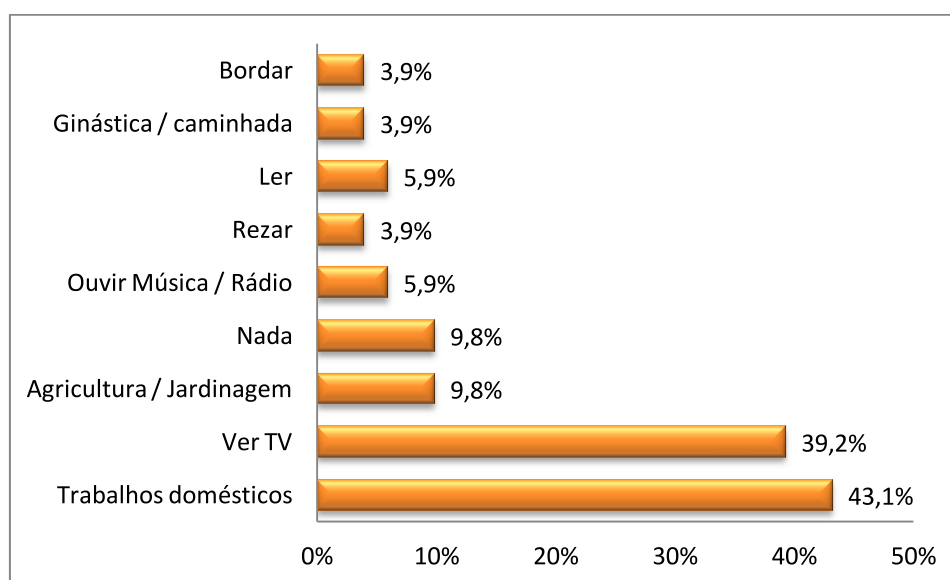
Uma pequena parte dos idosos (11,8% - 6 idosos) referiu que, tal se deveu a uma decisão dos familiares ou a outro tipo de motivos (13,7% - 7 idosos), sendo estes: doença (3,9% - 2 idosos), acompanhar a esposa (2,0% - 1 idoso), para ter companhia (2,0% - 1 idoso) como se pode constatar no gráfico 14.

Gráfico 14 – distribuição dos idosos em função de outros motivos para frequentar o centro de dia/convívio



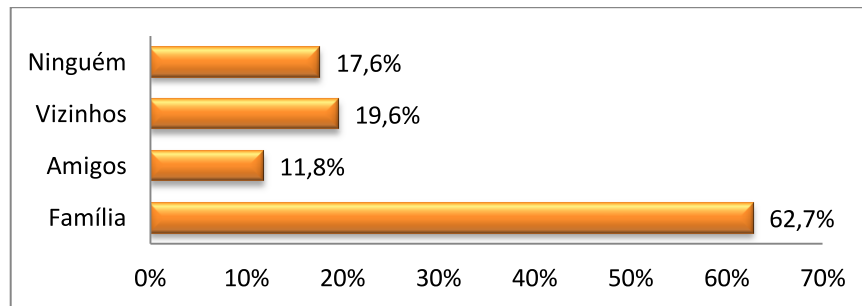
Os idosos referem que quando se encontram fora da instituição passam o tempo principalmente com trabalhos domésticos (43,1%) ou a ver televisão (39,2%). Há, no entanto, outro tipo de atividades referidas, embora em menor grau, como a agricultura/ jardinagem com 9,8%, ouvir música/ rádio ou ler com 5,9% e rezar, bordar ou fazer ginástica/ caminhadas são referidos por 3,9% dos idosos. De salientar que 9,8% refere não fazer nada no seu tempo de lazer quando se encontra fora da instituição (gráfico 15).

Gráfico 15 – distribuição dos idosos em função do que costuma fazer no tempo de lazer, fora da Instituição



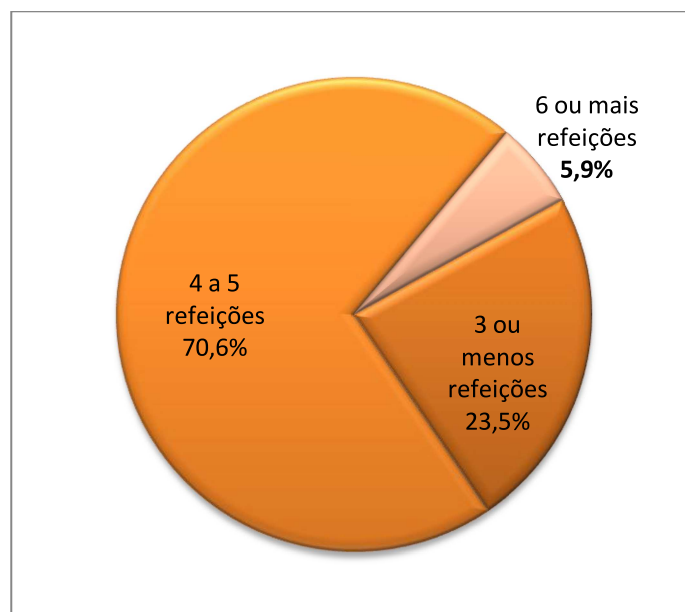
No que diz respeito a com quem os idosos convivem fora da instituição (gráfico 16), a maioria destes refere conviver principalmente com a família (62,7%). Há no entanto quem refira conviver com os vizinhos (19,6%) ou com amigos (11,8%). No entanto, uma parte considerável dos idosos (17,6%) refere não conviver com ninguém fora da instituição.

Gráfico 16 – distribuição dos idosos em função de com quem convive fora da instituição



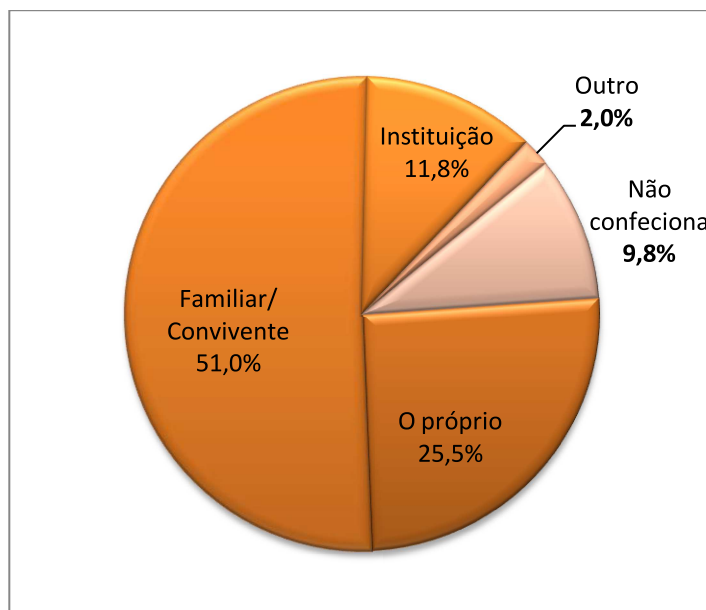
Em relação ao número de refeições que os idosos dizem fazer diariamente (gráfico 17) a maior parte refere fazer entre 4 a 5 refeições (70,6% - 36 idosos), e 23,5% (12) refere fazer apenas 3 ou menos refeições. Apenas uma parte residual dos idosos diz fazer 6 ou mais refeições (5,9% - 3 idosos).

Gráfico 17 – distribuição dos idosos em função do número de refeições diárias



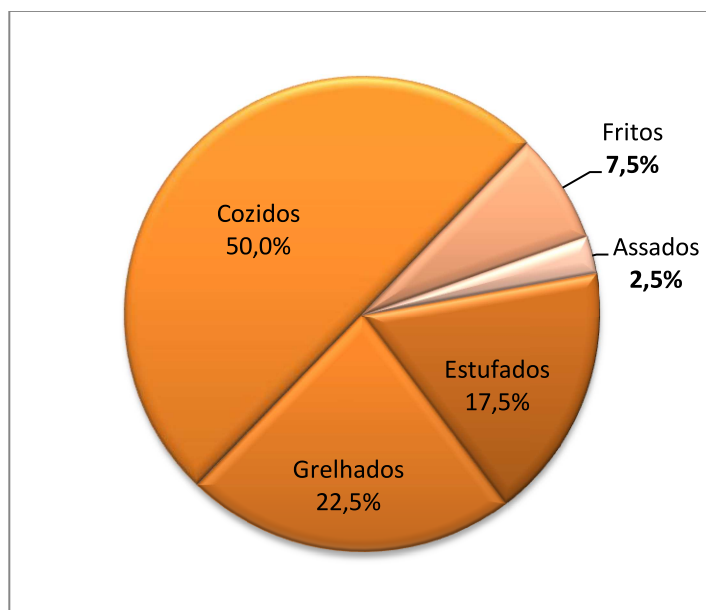
Os idosos indicam que quando se encontram fora dos centros de dia as suas refeições são confeccionadas principalmente por um familiar/ convivente (51,0% - 26 idosos). Um quarto dos idosos (25,5% - 13 idosos) refere serem eles a confeccionarem a sua própria refeição. É de salientar que 11,8% (6) indica ser a instituição a confeccionar a sua refeição apesar de este não se encontrar no centro de dia ou simplesmente refere que não confeciona as refeições (9,8% - 5 idosos) como se pode verificar no gráfico 18.

Gráfico 18 – distribuição dos idosos em função de quem confecciona as refeições fora da instituição



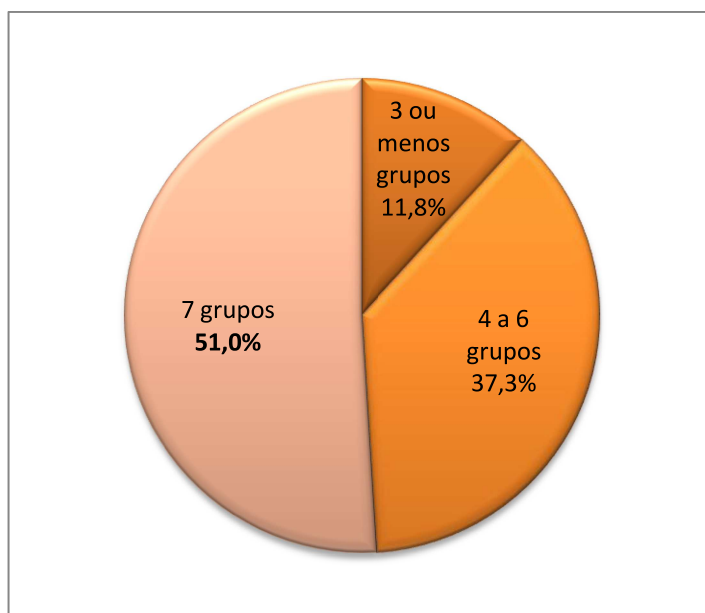
Fora das instituições, 26 idosos comem essencialmente cozidos (50,0%), 11 referem comer grelhados (22,5%) e 9 estufados (17,5%). Dos métodos de confeção de alimentos menos referidos encontram-se os fritos com 7,5% (4) e os assados com 2,5% (1) (gráfico 19).

Gráfico 19 – distribuição dos idosos em função do método de confeção de alimentos nas refeições que faz fora da instituição



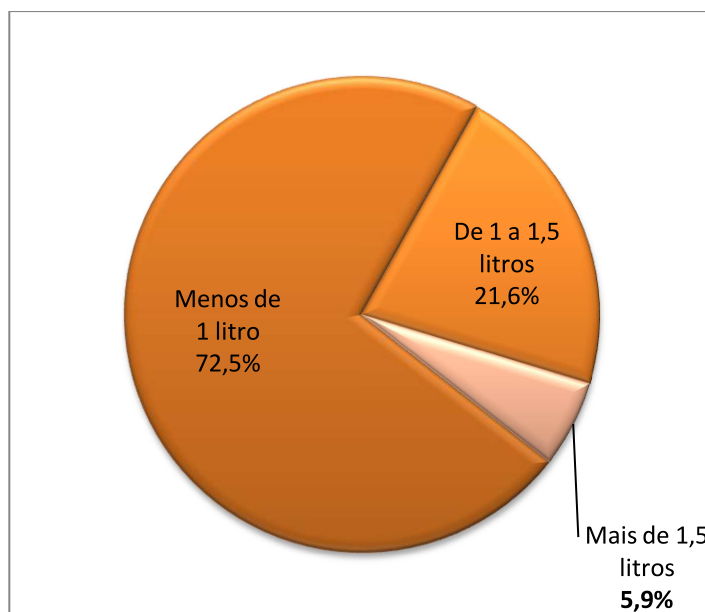
Quando solicitados para sinalizarem na roda dos alimentos quantos grupos, 26 dos idosos costumam incluir na sua alimentação diária como faz referência no gráfico 20, alimentos de todos os 7 grupos (51%). Uma menor parte destes afirma incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 4,5 ou 6 grupos da roda dos alimentos (37,3%/19 id). Apenas 6 (11,8%) referem incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 3 ou menos grupos.

Gráfico 20 – distribuição dos idosos em função dos grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária



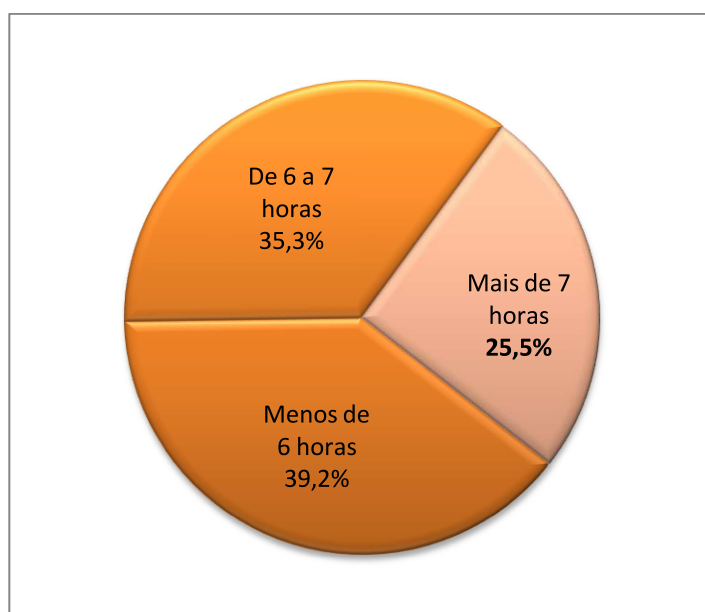
A maior parte dos idosos refere consumir menos de um litro de água diariamente (72,5% - 37 idosos). Cerca de um quinto dos idosos da amostra (21,6% - 11 idosos) referiu consumir de 1 a 1,5 litros de água diariamente. Apenas 3 (5,9%) dos idosos referiram consumir mais de 1,5 litros de água diariamente (gráfico 21).

Gráfico 21 – distribuição dos idosos em função da quantidade de água consumida diariamente



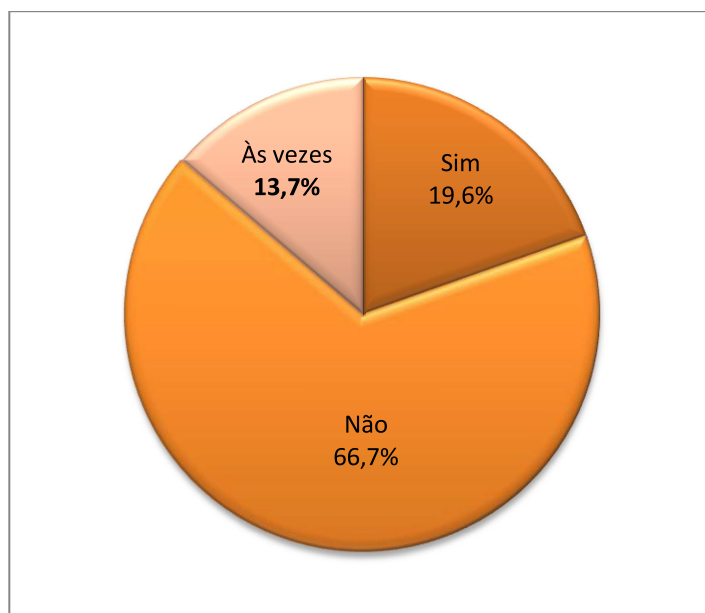
No que se refere às questões relacionadas com o sono/ vigília começamos por referir o número de horas de sono diárias relatadas pelos idosos (Gráfico 22). Assim 20 (39,25%) dos idosos referem dormir 6 ou menos horas, 18 (35,5%) dizem dormir entre 6 a 7 horas e apenas cerca de um quarto dos idosos (25,5%/13 id) refere dormir mais de 7 horas diárias.

Gráfico 22 – distribuição dos idosos em função do nº de horas de sono diárias



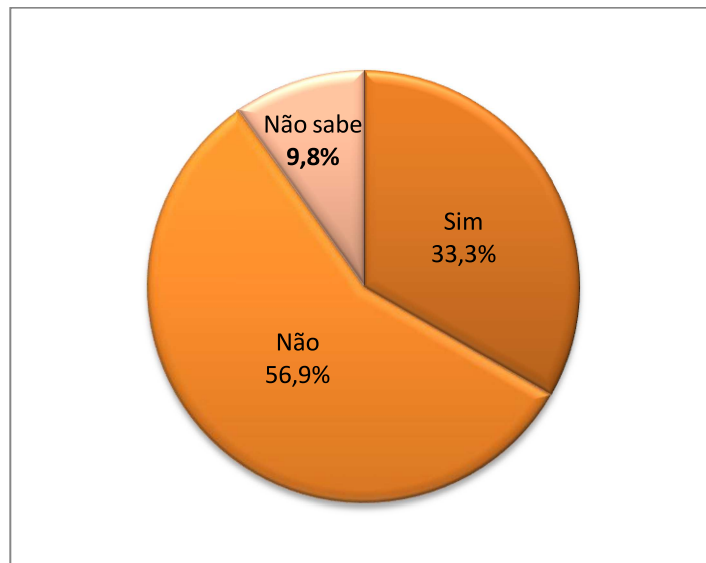
Quando questionados sobre se têm o hábito de dormir a sesta (Gráfico 23) cerca de 2/3 dos idosos (66,7% - 34 idosos) referem que não o fazem. Os restantes elementos dividem-se entre os que referem fazê-lo às vezes (13,7% - 7 idosos) e os que dizem ter por hábito fazer a sesta (19,6% - 10 idosos).

Gráfico 23 – distribuição dos idosos em função do hábito de dormir a sesta



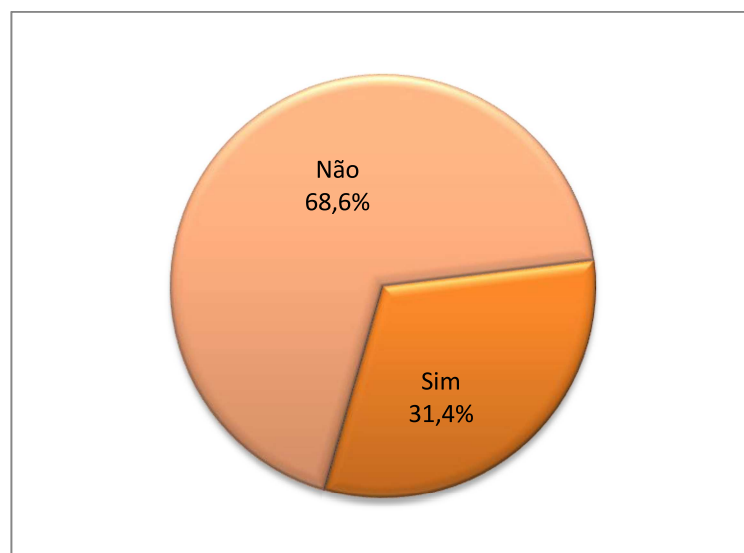
A maior parte dos idosos pertencentes à amostra afirma não tomar qualquer medicação para dormir (56,9% - 29 idosos). Há no entanto uma parte significativa deste, cerca de um terço (33,3% - 17 idosos), que refere tomar medicação para dormir. De salientar que 5 (9,8%) dos idosos referiu não saber se tomava ou não medicação para dormir (Gráfico 24).

Gráfico 24 – distribuição dos idosos em função do uso de medicação para dormir



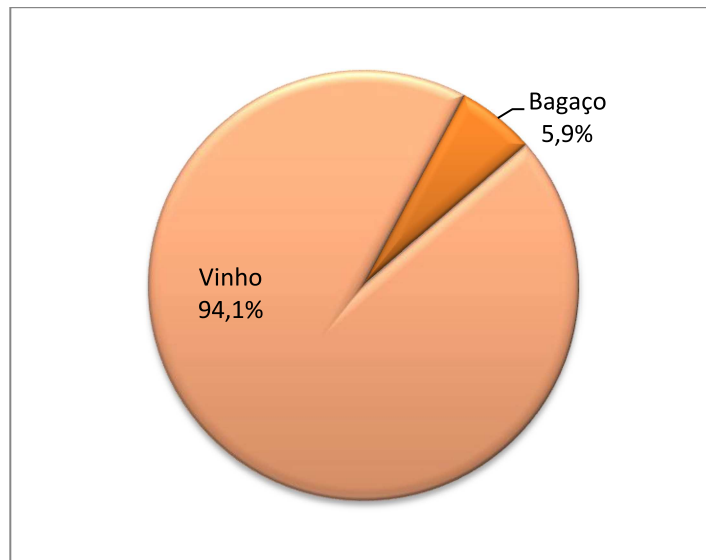
Relativamente ao hábito de consumir bebidas alcoólicas, cerca de dois terços dos idosos (68,6% - 35 idosos) afirmou não consumir bebidas alcoólicas diariamente. Houve, no entanto cerca de 31,4% (16) dos idosos que referiram consumir diariamente bebidas alcoólicas (Gráfico 25).

Gráfico 25 – distribuição dos idosos em função do consumo de bebidas alcoólicas diariamente



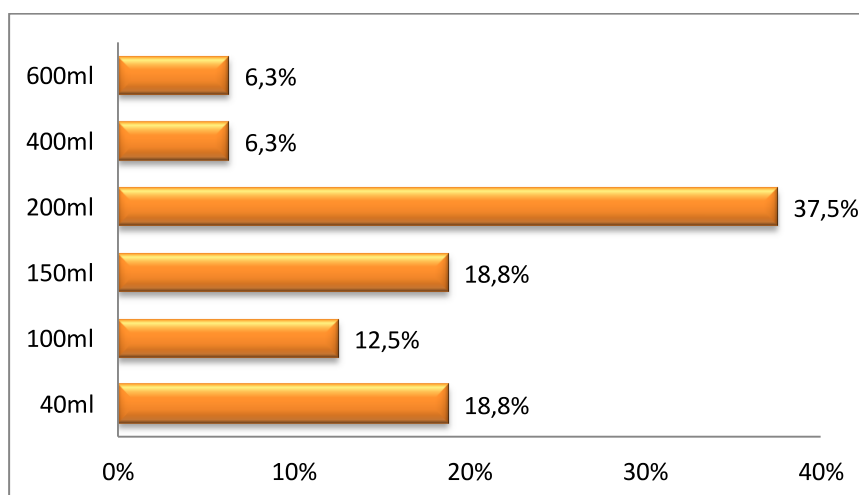
Relativamente ao tipo de bebidas alcoólicas que predomina é o vinho (Gráfico 26).

Gráfico 26 – distribuição dos idosos em função do tipo de bebidas alcoólicas consumidas diariamente



Verificamos também, que apenas um dos idosos relatou ingerir outra bebida alcoólica além do vinho, tendo esta sido o bagaço, tendo referido beber cerca de 50 ml de bagaço diariamente. Dos restantes 94,1% (48) dos idosos que referiu consumir diariamente vinho predominam os que referem apenas consumir cerca de 200ml com 37,5% (19) (Gráfico 27).

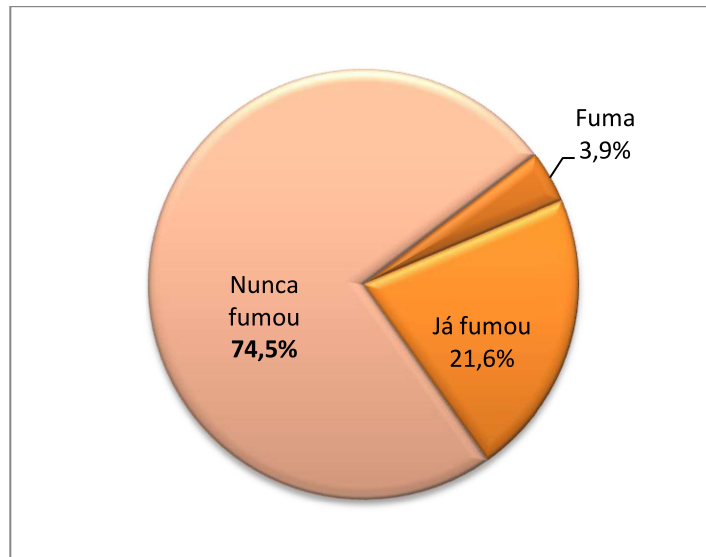
Gráfico 27 – distribuição dos idosos em função da quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas



Quando questionados sobre o hábito do consumo de tabaco apenas 2 dos idosos (3,9%) tiveram uma resposta positiva, cada um deles referiu fumar 5

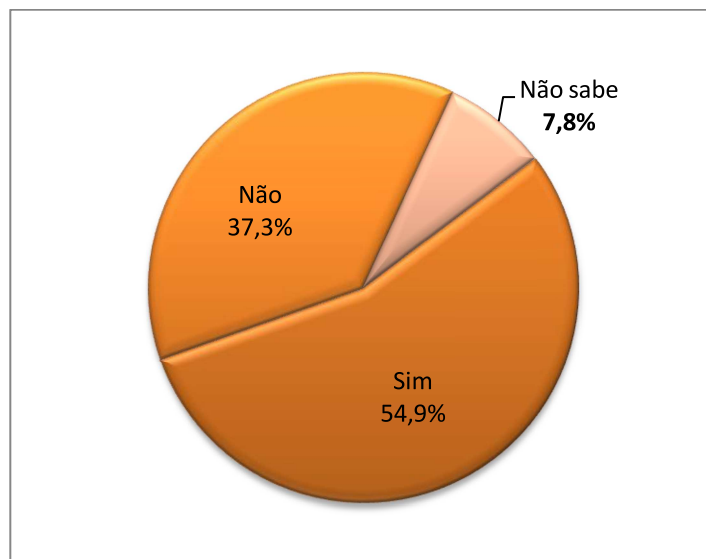
cigarros por dia e apenas 11 (21,6%) referiu já ter fumado anteriormente embora não o faça na atualidade. É de salientar a elevada percentagem de idosos que refere nunca ter consumido tabaco (74,5% - 38 idosos) como se pode constatar no Gráfico 28.

Gráfico 28 – distribuição dos idosos em função do consumo de tabaco



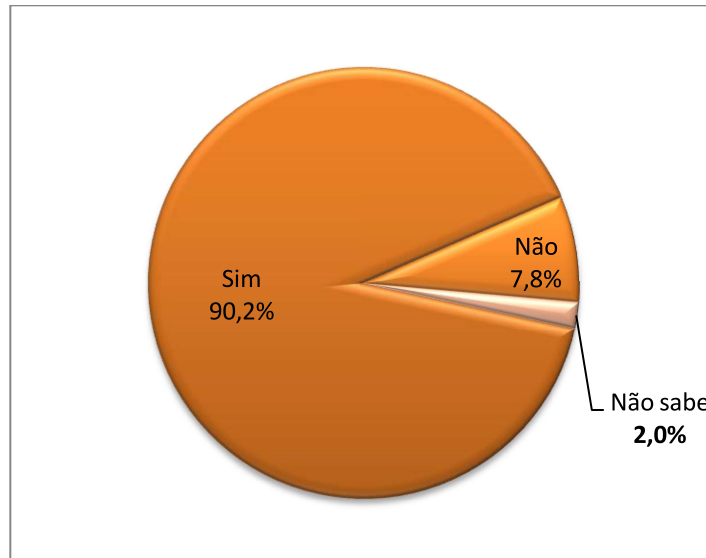
A maioria dos idosos (54,9% - 28 idosos) referiu ter médico de família (Gráfico 9). É de salientar no entanto a elevada percentagem de elementos da amostra que refere não possuir médico de família (37,3% - 19 idosos) ou que não sabe se tem ou não médico de família (7,8% - 4 idosos).

Gráfico 29 – distribuição dos idosos em função de ter médico de família



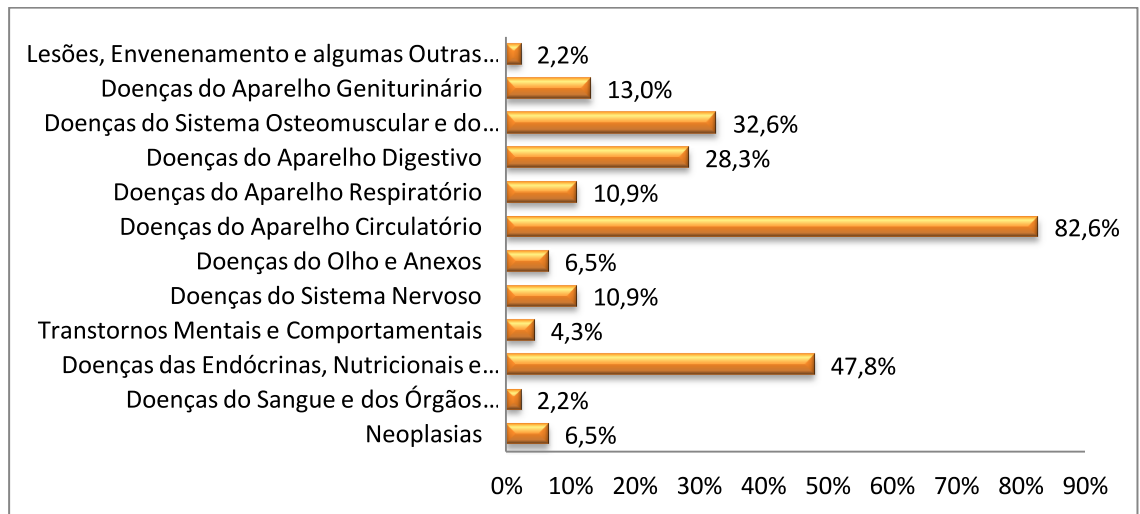
De uma forma geral, 46 dos idosos questionados referiram que sofriam de algum tipo de doença (90,2%), tendo apenas 4 (7,8%) indicado não sofrer qualquer tipo de doença, e um que não sabiam se tinham qualquer doença (2,0%) como se pode verificar no gráfico 30.

Gráfico 30 – distribuição dos idosos em função de sofrer de algum tipo de doença



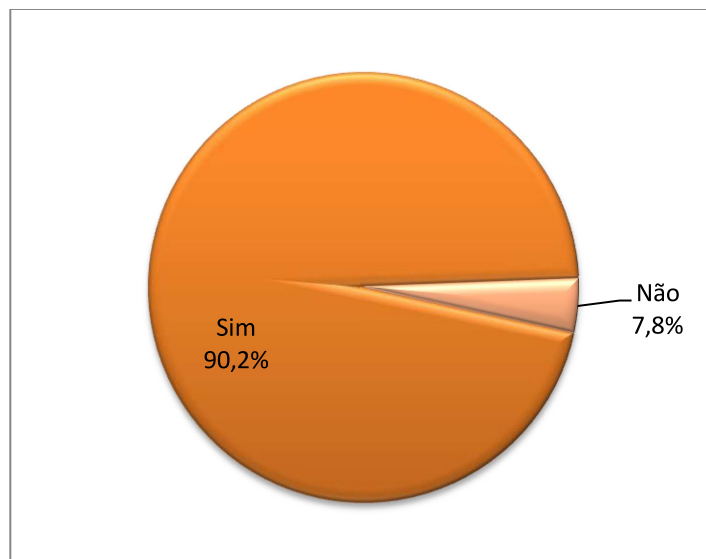
De entre as doenças de que padecem os idosos (Gráfico 11) pertencentes à amostra, as mais referidas são as que estão relacionadas com o aparelho circulatório (I00-I99) tendo sido referidas por 82,6% dos idosos. Também referidas por 47,8% dos idosos foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90). Cerca de 32,6% dos idosos referiu padecer de doenças relacionadas com o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e 28,3% de doenças do aparelho digestivo (K00-K93). De entre as menos referidas encontram-se as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99) com 13,0%, as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e do sistema nervoso (G00-G99) com 10,9%, as doenças do olho e anexos (H00-H59) e Neoplasias [tumores] (C00-D48) com 6,5%. De entre as ainda menos referidas encontram-se as relacionadas com Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99) com 4,3% e as relacionadas com Lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98) e doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89) com 2,2%.

Gráfico 11 – distribuição dos idosos em função do tipo de doença que sofre



Por consequência da questão anterior, a maioria dos idosos (90,2% - 46 idosos) referiu tomar medicação diariamente e apenas 5 (7,8%) que referiu não tomar qualquer tipo de medicação (Gráfico 32).

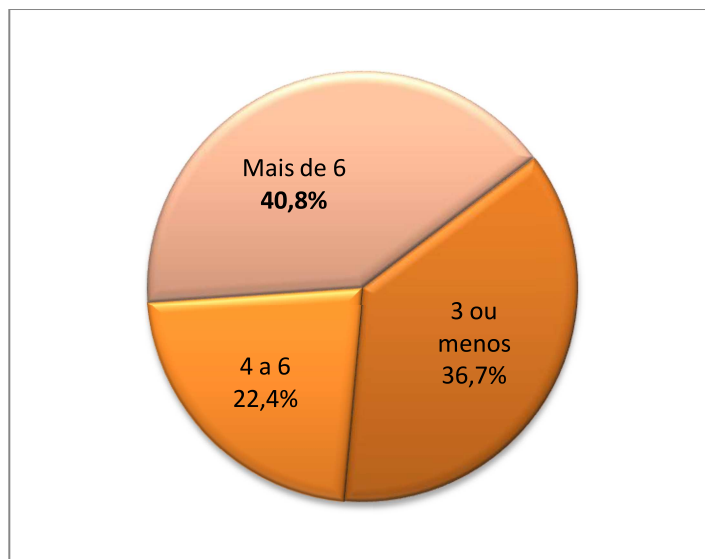
Gráfico 32 – distribuição dos idosos em função da toma de medicação diária



De entre os idosos que referiram tomar diariamente medicação cerca de 20 (40,8%) idosos referiu tomar mais de 6 comprimidos diferentes, 11 (22,4%) disse tomar entre 4 a 6 comprimidos diferentes e 18 (36,7%) afirmou tomar 3 ou menos comprimidos diferentes diariamente (Gráfico 33). É de salientar que

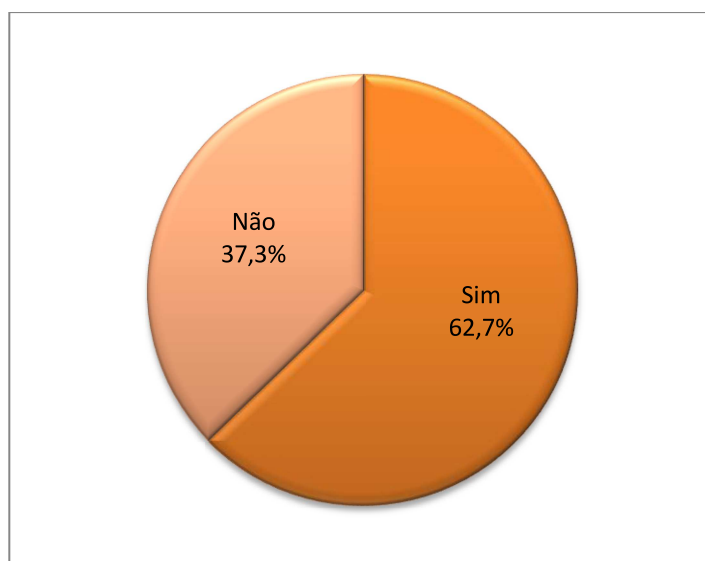
49 (96,1%) dos idosos refere tomar sempre a sua medicação fora da instituição.

Gráfico 33 – distribuição dos idosos em função do nº de comprimidos (diferentes) que toma diariamente



Relativamente à prática de alguma atividade física, de uma forma geral a maior parte dos idosos (32) afirmou realizar algum tipo de atividade física semanalmente (62,7%), tendo apenas 19 (37,3%) referido não o fazer (Gráfico 34).

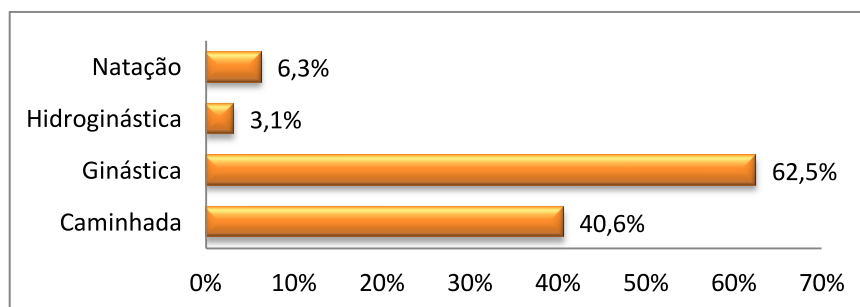
Gráfico 34 – distribuição dos idosos em função da prática de alguma atividade física semanalmente



De entre as atividades físicas semanais referidas pelos idosos (Gráfico 35) a ginástica foi a mais referida (62,5% - 32 idosos) pelos idosos que afirmaram

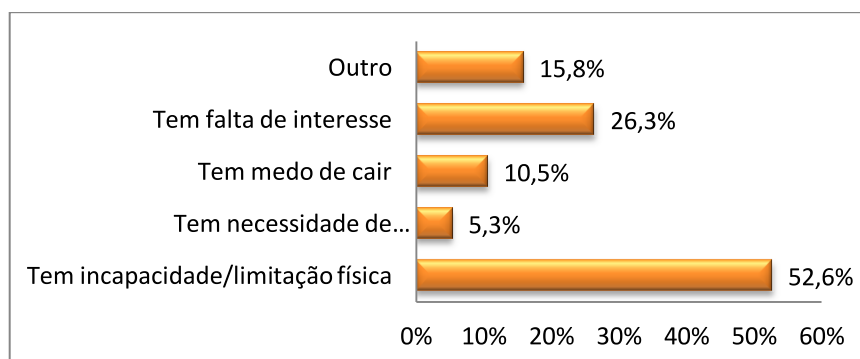
praticar uma atividade física. As caminhadas também foram uma das atividades mais referidas (40,6% - 21 idosos). Outras atividades referidas, embora a um menor grau, foram a natação (6,3% - 3 idosos) e a hidroginástica (3,1% - 2 idosos).

Gráfico 35 – distribuição dos idosos em função da atividade física praticada semanalmente



De entre os motivos da não prática de atividade física por parte dos idosos (Gráfico 36) estes salientam o facto de terem algum tipo de incapacidade/limitação física para o fazer (52,6%), o terem falta de interesse (26,3%), terem medo de cair (10,5%) e terem necessidade de descanso/repouso (5,3%). Cerca de 15,8% referiu outro tipo de motivos como o facto de não o querer fazer sozinho(a).

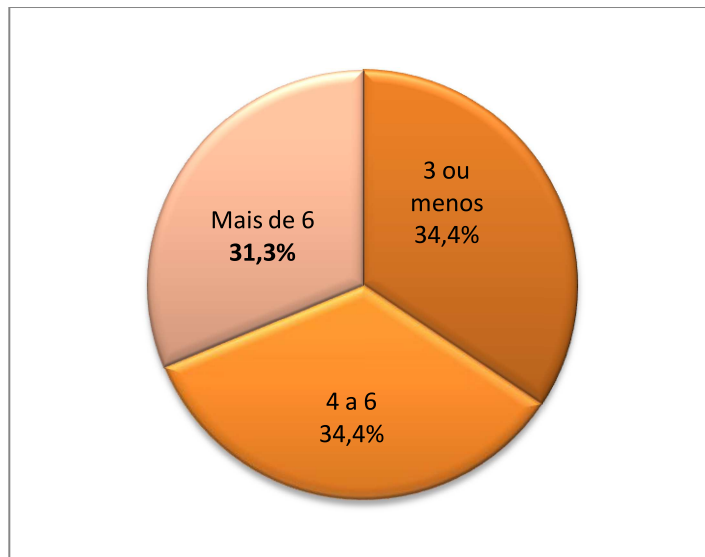
Gráfico 36 – distribuição dos idosos em função do motivo da não prática da atividade física



No que respeita ao número de vezes que cada idoso pratica algum tipo de atividade física por semana, cerca de 31,3% (10) diz fazê-lo mais de 6 vezes

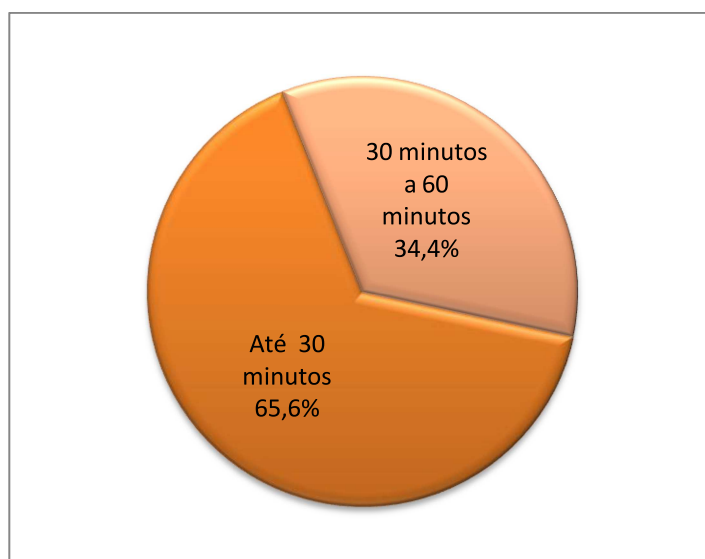
por semana, 34,4% (11) entre 4 a 6 vezes e 34,4% (11) 3 ou menos vezes por semana (Gráfico 37).

Gráfico 37 – distribuição dos idosos em função do nº de vezes que pratica atividade física semanalmente



Dos 32 idosos que dizem praticar algum tipo de atividade física 21 afirmaram que a duração dessa atividade era geralmente inferior a 30 minutos (65,6%), embora cerca de 34,4% (11) tenham afirmado que a sua duração era entre 30 a 60 minutos (Gráfico 38).

Gráfico 38 – distribuição dos idosos em função da duração de cada sessão de atividade física



Quando questionados sobre a importância da prática da atividade física para a saúde (gráfico 39) 27 (52,9%) dos inquiridos referiu achar muito importante. Cerca de 18 (35,3%) afirmou achar importante. É de salientar que 9,8% (5) referiu achar pouco importante e 2,0% (1) nada importante.

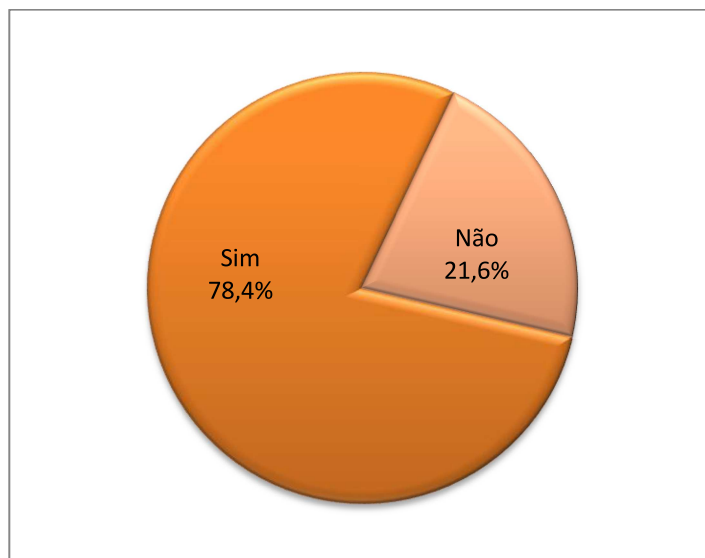
Gráfico 39 – distribuição dos idosos em função da opinião sobre a prática de atividade física para a saúde



A maior parte dos idosos da amostra (78,4% - 40 idosos) demonstrou-se sentir-se seguro em sua casa. No entanto, cerca de 21,6% (11) referiram não se sentirem seguros na sua casa (Gráfico 40).

Essa insegurança na sua maior parte prende-se com algum tipo de medo, principalmente medo de ladrões ou com solidão.

Gráfico 40 – distribuição dos idosos em função de se sentir seguro em sua casa



Embora cerca de 51,0% (26) dos idosos tenham referido não terem sofrido qualquer tipo de queda nos últimos 12 meses, 49,0% (25) referiram ter ocorrido quedas no último ano (Gráfico 41).

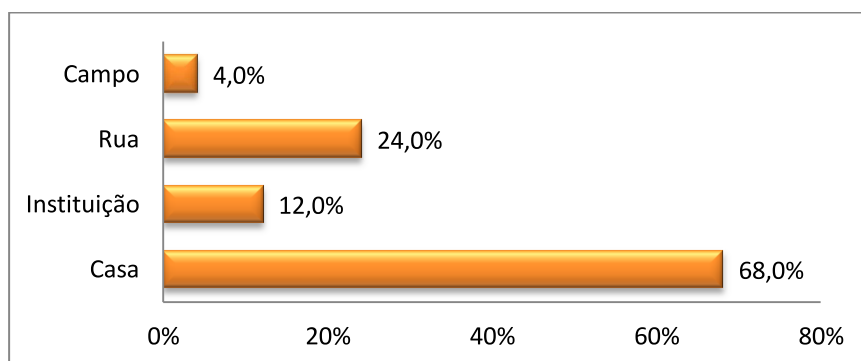
Gráfico 41 – distribuição dos idosos em função da ocorrência de queda nos últimos 12 meses



Como se pode verifica no Gráfico 42, o local onde uma maior percentagem de idosos refere ter sofrido uma queda foi na sua própria residência segundo os 49,0% dos idosos que referiram ter sofrido uma queda. Outros locais onde os

idosos dizem ter sofrido quedas foram a rua (24,0%), na própria instituição (12,0%) e também no local de cultivo (Campo) com 4,0%.

Gráfico 42 – distribuição dos idosos em função do local da queda



Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL)

Nesta secção iremos reportar os resultados obtidos pela aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida proposta pela WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*).

Existem duas versões desta escala validadas para o português, o WHOQOL – 100 (composto por 100 questões) e o WHOQOL – Breve, composto por 26 questões.

No que diz respeito ao WHOQOL – Breve, este é composto por quatro domínios: o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente, e no nosso estudo iremos utilizar uma adaptação desta última escala no que se refere ao item referente à qualidade de vida na generalidade, que será atribuída à Q1 (“Como avalia a sua qualidade de vida?”) e à Q2 (“Como avalia a sua saúde?”).

Os quatro domínios da escala, constituídos pelos restantes 24 itens, são um retrato fidedigno da escala. Assim, valores médios em cada item superiores a 3 revelam que o inquirido está satisfeito com a sua qualidade de vida (tabela6).

Tabela 6 – Valores médios e desvios-padrão da escala da WHOQOL – Bref

	M	σ
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
Sub-Domínios:		
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 qualidade de vida.

Assim, as equações utilizadas para calcular a pontuação dos domínios estão descritas na tabela 7.

Tabela 7 – Equações utilizadas para os domínios da escala da WHOQOL – Breve

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 8).

Tabela 8 – Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL – Bref

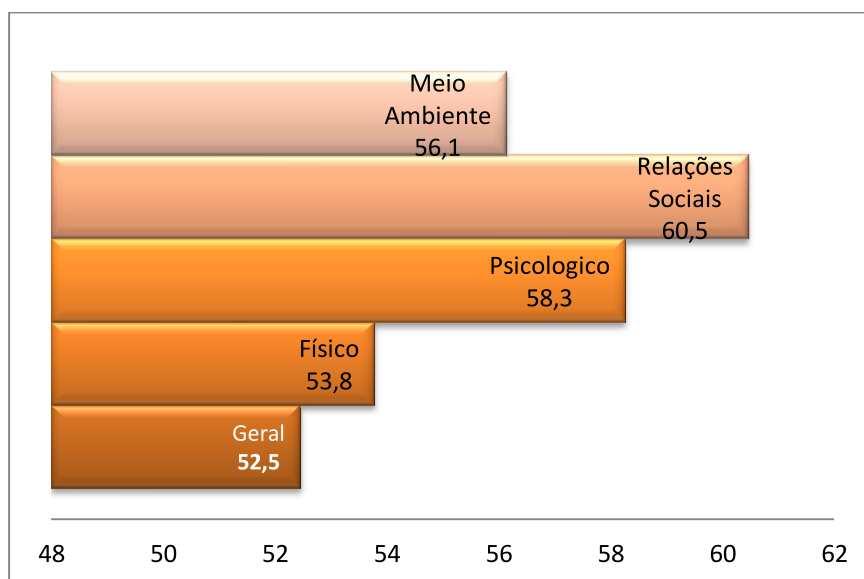
Variável	Trasnsformação linear
G (geral)	$G_{100} = 100 \times (G - 2) / 8$
D1 (físico)	$D1_{100} = 100 \times (D1 - 7) / 28$
D2 (psicológico)	$D2_{100} = 100 \times (D2 - 6) / 24$
D3 (relações sociais)	$D3_{100} = 100 \times (D3 - 3) / 12$
D4 (meio ambiente)	$D4_{100} = 100 \times (D4 - 8) / 32$

Os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL – Breve estão refletidos no tabela 10 e no Gráfico 3. Como todos os valores médios obtidos são superiores a 50 podemos concluir que os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua qualidade de vida 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 9 – Estatísticas descritivas dos vários componentes da escala WHOQOL – Bref

Variável	Mínimo	Máximo	Média	σ
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

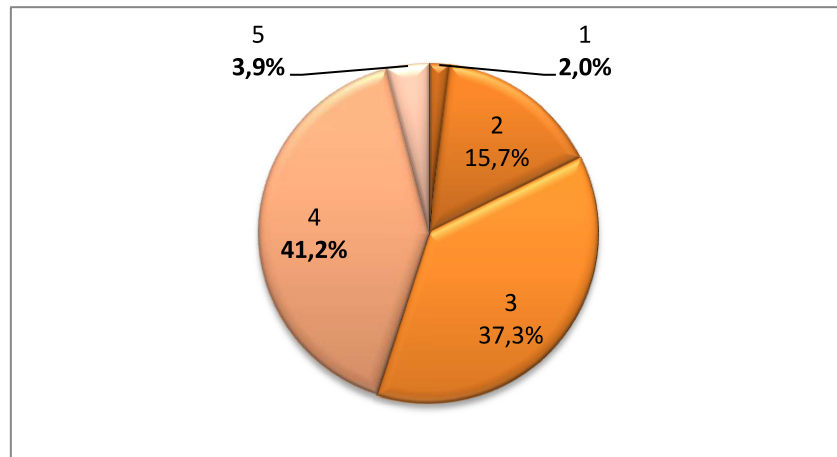
Gráfico 43 – Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL – Bref



No que respeita à questão 1 que questiona diretamente o idoso para este classificar de 1 a 5 a sua qualidade de vida, a maior parte do idosos respondeu 3 (37,3% - 19 idosos) ou 4 (41,2% - 21 idosos).

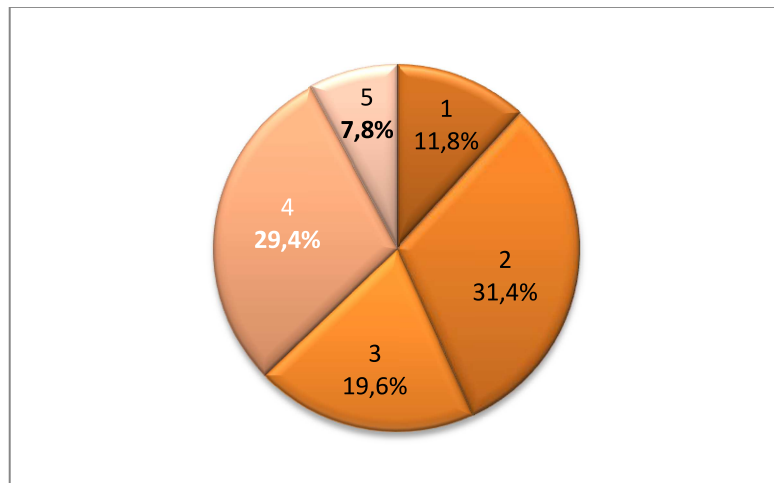
Verificou-se no entanto existirem 9 (17,7%) dos idosos a responderem apenas 1 (2,0% - 1 idoso) ou 2 (15,7% - 8 idosos).

Gráfico 44 – Frequências da questão 1 da escala WHOQOL – Bref



Na questão 2 relacionada com a satisfação com a própria saúde, verificamos que cerca de 31,4% (16) dos idosos referiu estar insatisfeito com a sua saúde e cerca 29,4% (15) referiu estar satisfeito. 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 45 – Frequências da questão 2 da escala WHOQOL – Bref

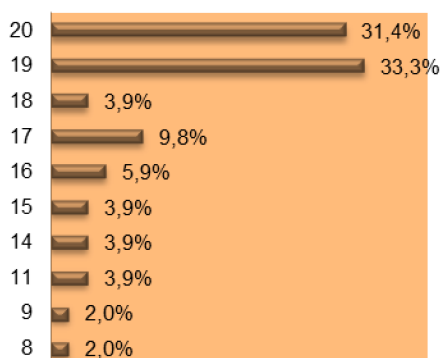


Escala de Avaliação da Dependência de Barthel

A Escala de Avaliação da Dependência de Barthel é uma escala que se refere à avaliação funcional, neste caso do idoso, pontuando de 0 a 20 o grau de dependência do idoso.

No Gráfico 6 é possível constatar os valores obtidos pelos idosos pertencentes à amostra do índice obtido da escala de avaliação de Barthel.

Gráfico 46 – Histograma da Escala de Avaliação de Barthel

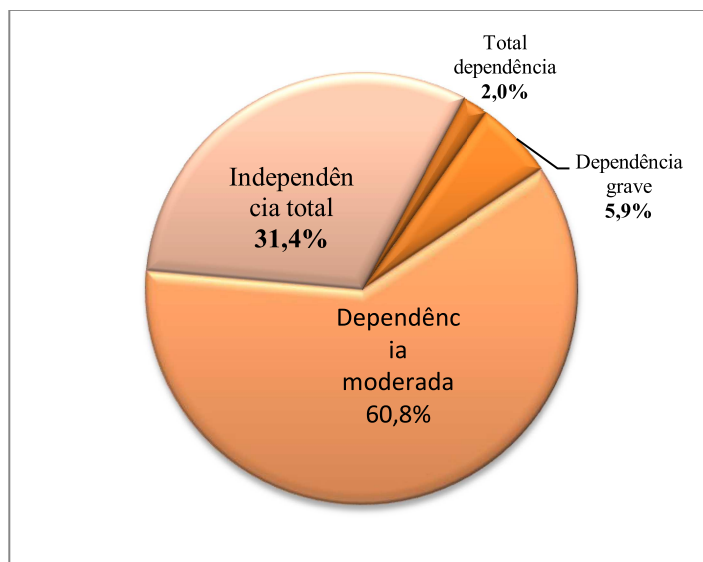


Adotando a classificação de dependência descrita no tabela 1, e verificando pelo observação do gráfico 47, foi possível constatar que 16 (31,4%) dos idosos são independentes, 31 (60,7%) tem uma dependência moderada e apenas 3 (5,9%) destes tem uma grave dependência e um uma dependência total.

Tabela 10 – Classificação de independência do idoso segundo a Escala de Avaliação de Barthel

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

Gráfico47 – Classificação do grau de dependência dos idosos segundo a Escala de Avaliação de Barthel



2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O problema do envelhecimento nos dias de hoje, põe, questões importantes, na medida em que diz respeito cada vez mais a um maior número de seres humanos (Fernandez-Ballesteros, 2009).

Na nossa amostra em estudo, composta por 51 idosos, com idade igual ou superior a 65 anos de idades, existe uma predominância do género feminino (64,7%), na qual 68,6% é viúvo, no entanto 21,6% encontra-se casado ou em união de factos, onde uma minoria se encontra solteiro (7,8%) ou divorciado/separado. Em consequência obtivemos uma maior parte a referir viver só, embora também se verifique que uma parte considerável viva em família alargada.

Paúl (1991), citado por Fernandes (2007) refere que a viuvez é frequentemente associada à solidão, o que se deve principalmente à perda de uma relação íntima muito particular. Essa perda pode gerar sentimentos de solidão e de

abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social ativa. Na viuvez aparecem os sintomas depressivos, não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social a que ficam sujeitos (Fernandes, 2007).

O grau de escolaridade é maioritariamente inexistente, não tendo qualquer grau de escolaridade e a última profissão exercida pela maioria dos inqueridos foi “agricultores, operários e operadores de instalação” seguido de “pessoal administrativo e serviço”.

Relativamente ao motivo pela qual os idosos inqueridos frequentam o Centro de Dia/Convívio deparamo-nos que a maioria das respostas deve-se pelo facto de não estarem sozinho em casa (58,8%) e por consequência conviverem com outras pessoas. Como podemos constatar, na terceira idade ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo adaptação do idoso às novas condições de vida (Ramos, 2002). É aqui que as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. Segundo Ramos (2002), o contacto com outras pessoas pode levar à adoção de hábitos saudáveis, e contribuir para o aumento de um sentido de controlo pessoal, atuando claramente no bem-estar psicológico.

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica (Ramos, 2002). Existem agentes considerados potencializadores de solidão, sendo eles o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez como já foi referido, e baixos rendimentos, pois a maioria refere receber entre 250€ e os 500€ (45,1%) ou menos de 250€ (31,4%)

Estas conclusões vão ao encontro da opinião defendida por Neto (1999), que refere que a reforma, a viuvez e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas.

A alimentação é uma das necessidades básicas, contemplada nas atividades de vida diárias em fundamental para a vida assim sendo um plano alimentar

que obedeça à proporção indicada na roda de alimentos, e que seja diversificada é o ideal para bem envelhecer (Azeredo, 2011).

No que diz respeito aos hábitos alimentares, verificamos que a maioria refere fazer 4 a 5 refeições diariamente (70,6%) dado que se encontram em grande parte do dia no Centro de Dia/Convívio e fazem as refeições no mesmo. No período que se encontram fora da instituição as refeições são confeccionados principalmente por um familiar/convivente, contudo é de salientar que 9,8% refere que se não for a instituição a fornecer as refeições tais não a confeccionam.

Uma boa alimentação é importante em qualquer etapa da vida, os nutrientes (que constituem os alimentos), promovem o fortalecimento e manutenção dos ossos e músculos, e fornecem energia ao corpo. Fazer uma dieta adequada ajuda a reduzir o risco de doenças (como diabetes, obesidade, desnutrição, doenças cardíacas, tensão alta, osteoporose e alguns tipos de cancro) e pode melhorar a qualidade de vida nas pessoas que sofrem de doenças crónicas.

Ao analisarmos a frequência de ingestão diária de alimentos dos diferentes grupos alimentares quando solicitado para os inquiridos sinalizarem na roda dos alimentos a maioria refere incluir alimentos dos 7 grupos da roda, no entanto visto também se verifica porque como já foi referido anteriormente as principais são realizadas na instituição ou fornecida pela mesma.

Segunda a DGS (2008), uma alimentação saudável contribui para uma maior qualidade de vida, ajudando as pessoas idosas a manter a sua independência e aumenta a capacidade para cuidar das tarefas básicas diárias.

Relativamente à ingestão hídrica verificamos uma lacuna acentuada pois 72,5% dos idosos refere que ingere menos de 1L de água diariamente.

A água essencial à vida humana é o principal constituinte do organismo, influenciando maioritariamente o estado de saúde dos indivíduos. Os idosos apresentam risco acrescido de insuficiente ingestão de água, pelo facto de possuírem uma diminuição da percepção da sede e uma reduzida capacidade renal de concentração da urina. A OMS (2002) preconiza a ingestão de líquido cerca de 2,5 – 3 litros, sendo que 1,5 a 2 litros provêm da água e o restante, de

alimentos ingeridos diariamente. É destacada também a importância da ingestão de líquidos, em pequenas quantidades, a cada duas horas por dia (DGS, 2008). Assim sendo, a ingestão de água deve ser independente da sede constante.

Quando questionados acerca do tipo de doenças que sofriam, as doenças do aparelho circulatório assumiram uma maior percentagem (82,6%), seguido das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (47,8%) e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (32,6%).

Em relação à quantidade de medicação diária, deparamo-nos com 40,8% dos idosos inqueridos referiram que diariamente toma mais de 6 comprimidos diferentes diariamente pelo facto de, o envelhecimento gradual da população e aumento da prevalência de patologias crónicas, conduzem ao aparecimento de *guidelines* que implicam polimedicação (uso excessivo de medicamentos) (DGS, 2008).

Em relação às quedas verificamos que metade dos idosos da nossa amostra (49%), caíram no último ano.

As alterações da marcha, com diminuição da força muscular, rigidez articular e dor associada ao desgaste das articulações; as alterações do equilíbrio por diminuição da sensibilidade postural e por diminuição da circulação cerebral e do labirinto (órgão do equilíbrio localizado no ouvido interno); e as alterações da visão e audição são algumas das mudanças próprias do envelhecimento que podem contribuir para as quedas no idoso (Azeredo, 2011). Algumas destas alterações são agravadas pelo isolamento social, pois o desinteresse e apatia levam o idoso a alimentar-se mal e a sair pouco, aumentando a atrofia muscular e as dificuldades de locomoção. As quedas podem também ser provocadas por doenças que, não sendo causadas apenas pelo envelhecimento, são mais frequentes nesta idade (OMS, 2008).

A polimedicação, existente nos idosos da nossa amostra, o uso de certos medicamentos ou a toma incorreta dos mesmos devido a confusão mental e a perturbações da memória, são também causas importantes de queda no idoso (OMS, 2009).

Relativamente ao local onde ocorrem as quedas, os idosos referiram maioritariamente que era em casa (68%) o que vai ao encontro descrito pela OMS (2009) que refere que as principais causas de queda no idoso são acidentais e devem-se à inexistência de condições de segurança no local de habitação (degraus gastos, soalhos encerados e escorregadios, irregularidades no pavimento, tapetes soltos, mobiliário inadequado, banheiras sem tapete e sem apoios, escadas sem corrimão, objetos colocados em locais altos e de difícil acesso, entre outros).

Quando questionados acerca da importância da atividade física, estes referiram que acham importante a prática de atividade e que fazem caminhadas e hidroginástica pelo menos 2 a 3 vezes por semana.

A atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são necessárias para a promoção da saúde durante o processo de envelhecimento (Azeredo, 2011). Um programa equilibrado de exercício físico deve incluir modalidades de exercício aeróbio (marcha, corrida, ginástica, natação) e a sua regularidade deve ser de pelo menos 2 a 3 vezes por semana como afirma Azeredo (2011, p.139).

As pessoas idosas constituem um grupo bastante heterogéneo, a sua capacidade de tomada de decisão individual tem um papel crucial quando está em causa a aceitação de mudanças em relação ao estilo de vida. Torna-se então necessário o seu envolvimento sendo que a sua participação ativa é essencial.

Relativamente às questões relacionadas com a qualidade de vida, os idosos mostraram-se satisfeitos com a sua vida, uma vez que se sentem bem no local onde estão e com os pessoas que convivem, contudo insatisfeitos com o seu estado de saúde, referindo sofrer de vários tipos de doenças que os tornam por vezes inativos na sua vida diária.

Verificamos também, através dos dados obtidos da escala de Barthel que, a grande maioria classificou-se como independentes nas atividades de vida diárias.

2.5. PROBLEMAS DE SAÚDE IDENTIFICADOS

O tratamento dos dados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita de dados permitiu-nos conhecer e caracterizar a nossa amostra, revelando uma série de problemas (tabela 11), dos quais serão o alvo das intervenções a modelar, com o objetivo de os minimizar ou solucionar.

Tabela 11 - Problemas identificados no diagnóstico de situação

Problemas Identificados	
Solidão	<ul style="list-style-type: none"> • 49% dos idosos vive sozinho; • 58.8% referem que foram para o Centro de dia para não ficarem sozinhos em casa; • A ocupação dos tempos livres fora da instituição é realizar trabalhos domésticos 43,1% ver televisão 39.2;
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"> • A ocupação dos tempos livres fora da instituição é ver televisão 39.2;
Hábitos Alimentares Incorretos	<ul style="list-style-type: none"> • 70.6% faz 4 a 5 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% referem terem caído no último ano; • 68% referem terem caído em casa.

Tendo em conta estes problemas identificados, torna-se necessário traçar um plano de ação com a perceção de que não será possível intervir em todos, contudo alguns serão considerados os prioritários para a implementação de um programa.

3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

De seguida, partimos para a priorização das necessidades. De acordo com Tavares (1990) este é o momento em que se identifica qual o problema a solucionar em primeiro lugar, o que vai decidir todo o restante planeamento de saúde. É por este motivo importante escolher por uma técnica de priorização que permita uma melhor determinação das necessidades.

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 enfermeira orientadora de estágio 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. Desta forma, a enfermeira da UCC representa um perito conhecedor da comunidade.

Nas tabelas que se seguem apresentam a exposição da técnica de ordenação “escala de medida linear” (tabela 12), seguido do resultado da priorização dos problemas identificados na etapa anterior (tabela 13).

Tabela 13- Tabela da priorização dos problemas identificados - Pontuações

Problema	Pontuação dada pelo perito 1	Pontuação dada pelo perito 2	Pontuação dada pelo perito 3	Pontuação dada pelo perito 4	Pontuação dada pelo perito 5	Pontuação Total
Solidão	0,9	0,5	0,8	0,5	0,7	3,4
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
Doenças Crônicas	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	0,7	0,8	0,5	0,7	0,8	3,5
Quedas	1	1	1	1	1	5

De seguida procedeu-se à sua ordenação, conforme tabela 13

Tabela 13 – Ordenação dos problemas priorizados :

Problemas	Prioridades
Quedas	1 ^a
Escassa atividade física	2 ^a
Solidão	3 ^a
Hábitos alimentares incorretos	4 ^a
Barreiras arquitetónicas na habitação	5 ^a
Sedentarismo	6 ^a
Polimedicção	7 ^a
Doenças	8 ^a

Os problemas priorizados em primeiro lugar foram então as quedas, seguido da escassa atividade física e solidão em terceiro lugar., pelo que a nossa intervenção voltou-se para a problemática quedas. A determinação deste problema foi uma mais-valia para esta comunidade, uma vez que outras instituições ou até mesmo a UCC, poderão partir deste ponto para criarem,

desenvolverem e implementarem novos programas e projetos que previnam as quedas.

Qualquer pessoa pode cair, mas o risco de queda aumenta com a idade, pois o envelhecimento é acompanhado de várias alterações a nível do organismo e são estas alterações que tornam as pessoas idosas mais frágeis. Segundo dados da Direção Geral de Saúde (2008), a principal causa de lesões em idosos são as quedas, sendo que, para o grupo entre os 65-74 anos ocorre em 76% dos casos e para o grupo etário com mais de 75 anos ocorre em 90% dos casos. Estas, resultam muitas vezes em lesões graves que podem levar à inatividade e/ou imobilidade, originando a diminuição ou a perda da independência, o medo de voltar a cair, o isolamento social, entre outros, comprometendo assim a sua qualidade de vida (DGS, 2008)

Em Portugal, segundo dados estatísticos da DGS, 15% dos acidentes domésticos ocorreram em pessoas com idade superior a 65 anos. Destes, as quedas apresentam uma frequência de 76% entre os idosos com 65 – 74 anos e de 90% nos idosos com mais de 75 anos.

Neste contexto, esperemos que os idosos interiorizem a importância da prevenção das quedas, no seu quotidiano.

4. FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Após o término do diagnóstico de situação, a identificação e priorização dos problemas segue-se a etapa de fixação dos objetivos, tendo um grande peso “(...) na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação dos objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.76). Esta etapa é importante na medida em que ficamos com pontos de referência para aferir à avaliação final das intervenções propostas.

Neste sentido definimos como **objetivo geral**:

- ✓ Reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos que frequenta os centros de dia/convívio em estudo, no concelho de Felgueiras, até 2015.

Deste objetivo geral, partimos para a formulação de objetivos específicos. Destes, parte serão alcançados pelo grupo até ao término do estágio e outros serão concretizados pelos profissionais de saúde da UCC de Felgueiras até 2015, na continuidade que pretendem dar ao projeto.

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

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

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

1. Conseguir que até 2015, 90% dos idosos adiram a pelo menos uma atividade de cada projeto;
2. Conseguir que até 2015, 90% dos idosos tenham recebido pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
3. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos adaptem as suas casas como medida preventiva de quedas;

4. Conseguir que até 2015, 80% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
5. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realizem pelo menos um rastreio auditivo;
6. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realizem pelo menos um rastreio visual;
7. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos realizem pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;
8. Conseguir que até 2015, 30% dos idosos adiram a prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
9. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos participem na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
10. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos demonstrem conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”.

No intuito de conhecer os resultados alcançados perante cada objetivo traçado, construímos uma série de indicadores:

- ✓ Percentagem de idosos que aderiram a um atividade até janeiro de 2013;
- ✓ Percentagem de idosos que demonstraram conhecimento sobre prevenção de quedas em casa, até janeiro de 2013;
- ✓ Percentagem de idosos que aderiram a pelo menos três atividades previstas no projeto;
- ✓ Percentagem de idosos que receberam pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
- ✓ Percentagem de idosos que adaptaram as suas casas como medida preventiva de quedas;
- ✓ Percentagem dos idosos que demonstraram conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
- ✓ Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio auditivo;
- ✓ Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio visual;
- ✓ Percentagem de idosos que realizaram pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;

- ✓ Percentagem de idosos que aderiram a prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
- ✓ Percentagem de idosos que participaram na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
- ✓ Percentagem dos idosos que demonstraram conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”

Foi propósito do grupo dar cumprimento a todos os objetivos traçados até Janeiro de 2013. No entanto estamos cientes que todos os outros também serão cumpridos dada a motivação do grupo de profissionais da UCC de Felgueiras.

5. INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Para dar seguimento ao Planeamento em Saúde, torna-se necessário definir a intervenção comunitária que se pretende desenvolver, sendo necessário a elaboração de projetos que, segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.129) “(...) é uma atividade que decorre no período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que constitui para a execução de um programa”. Assim, criamos um programa designado “**EnvelherSER ATIVO sem quedas**” atendendo às necessidades prioritizadas pelo grupo, que compreende três projetos, sendo eles:

- ✓ “Casa Segura”;
- ✓ “Cuida-te”;
- ✓ “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”.

A elaboração destes projetos procurou ter em conta as características da população em estudo, a eficiência e a eficácia.

Descrevemos de seguida os projetos elaborados, assim como as respetivas atividades.

- **PROJETO – “CASA SEGURA”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos sobre a prevenção de quedas em casa. e realizar visitas domiciliárias no intuito de encontrar junto dos mesmos barreiras arquitetónicas que possam vir a ser alteradas.

Duração do Projeto: 3 anos

Atividade 1 - sessão de educação para a saúde em relação às barreiras arquitetónicas/quedas em casa, dirigida aos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS

Entidade Executora: Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS e Enfermeiras da UCC Felgueiras

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 “Prevenção de quedas em casa!” (anexo E)

Fórmula de cálculo: % de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.

$$\frac{\% \text{ de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas}}{\frac{\text{Nº de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas}}{\text{Nº total de idosos}}} \times 100$$

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”.

Fórmula de cálculo: % de idosos que aderiram à atividade “apresentação do filme Casa Segura”

$$\frac{\% \text{ de idosos que aderiram à atividade "apresentação do filme Casa Segura"} \quad \text{---}}{\text{---}} \quad \frac{\text{N}^\circ \text{ de idosos que aderiram à atividade "apresentação do filme Casa Segura"} \quad \text{---}}{\text{N}^\circ \text{ total de idosos}} \quad \text{---} \quad \times 100$$

Atividade 3 – Visitação domiciliar à habitação dos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESEVS

Entidade executora: Enfermeiras e Assistente Social da UCC de Felgueiras

Local: Casa dos idosos.

Custos e Financiamento: Suportada pela UCC Felgueiras.

Data: a designar.

Recursos Materiais: Viatura.

- **PROJETO – “CUIDA-TE”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos 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 aos idosos

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.

Data: a designar.

Recursos Materiais: sala, computador, projetor e cartaz informativo sobre exercícios físicos

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.

- **PROJETO – “TOCA A MEXER PARA MELHOR ENVELHECER”**

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos relativamente ao exercício físico/reabilitação, bem como a realização dos mesmos, com o intuito de promover a autonomia e independência e a prevenção de quedas.

Duração do Projeto: 3 anos

**Atividade 1 – sessão prática de exercício físico/reabilitação,
dirigida aos idosos**

Entidade Proponente: Alunas do 2º Curso de Enfermagem Comunitária da ESSVS

Entidade executora: alunas do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESSVS, enfermeiras (especialistas em reabilitação) da UCC e professora de educação física;

Local: todos os centros de dia/convívio e Escola Secundária da Lixa;

Custos e Financiamento: Suportada pelas alunas e UCC de Felgueiras.

Data: 4, 5, 6, 10, 12, 17 e 19 de dezembro de 2012;

Recursos Materiais: sala, computador, música, balões, rolos de cartão, fitas e cadeiras.

Fórmula de cálculo: % de idosos que aderiram à sessão prática de exercícios físicos/reabilitação

$$\begin{array}{l} \% \text{ de idosos que aderiram} \\ \text{à sessão prática de} \\ \text{exercícios} \\ \text{físicos/reabilitação} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ de idosos que aderiram à sessão} \\ \text{prática de exercícios} \\ \text{físicos/reabilitação} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ total de idosos} \end{array}} \times 100$$

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 e centro de convívio.

Custos e Financiamento: suportado pela UCC Felgueiras.

Data: a designar.

Recursos Materiais: a designar.

Como já referido anteriormente, nem todos as atividades planeadas para os diferentes projetos foram cumpridas, contudo pelo entusiasmo, motivação e dedicação de todos os profissionais de saúde da UCC de Felgueiras estamos certas que terão a sua finalidade cumprida.

6. AVALIAÇÃO

Após a execução das atividades planejadas foi realizada uma avaliação de todo o processo de planejamento de saúde, onde se pretendeu determinar o resultado das intervenções. Só assim pudemos concluir que este teve sucesso. Segundo Tavares (1990) com a avaliação pretende-se melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos, assim como, justificar atividades realizadas e identificar insuficiências.

Nesta linha de pensamento, tornou-se pertinente avaliar o trabalho realizado ao longo de todo o processo nesta fase do Planejamento em Saúde.

Tendo em conta o período em que decorreu este estudo, constatamos que o trabalho realizado em cada instituição teve por vezes alguns obstáculos, já que estas têm os seus objetivos, atividades e “timings” definidos, o que por vezes, limita a introdução de atividades externas. Contudo, conseguimos cumprir atempadamente e em tempo útil com todos os objetivos traçados.

Relativamente às opções metodológicas, estas pareceram ter sido as adequadas, visto terem permitido o reconhecimento da população alvo e da comunidade idosa local, assim como as estratégias delineadas.

Atendendo às características individuais de cada atividade, foi necessário avaliar individualmente cada uma, tendo em consideração os indicadores, com o intuito de verificar se os objetivos dos projetos foram atingidos, assim como o objetivo geral do programa “EnvelheSER ATIVO”. E como defende Stanhope e Lancaster (2001, p. 326) “avaliar pode envolver também o processo mais elementar de apreciar o progresso através da comparação entre objetivos e os resultados”.

No projeto “Casa Segura” tivemos a oportunidade de por em prática uma sessão de educação para a saúde em relação às barreiras arquitetónicas e prevenção de quedas (anexo E), na qual o momento de avaliação refletiu numa ficha de avaliação com sete pares de imagens (anexo F), em que o idoso teve de escolher a figura de atitude correta a tomar para a prevenção de quedas. Ao fazer a avaliação através da ficha consideramos que o idoso

obteve conhecimentos se respondesse corretamente a pelo menos 6 dos 7 pares de imagens.

Foi com bastante agrado que ao visualizarmos e avaliarmos o instrumento de avaliação verificamos que 73% dos idosos, conseguiu identificar corretamente as imagens corretas, demonstrando conhecimentos, tal como revela a seguinte fórmula de cálculo:

$$\begin{array}{l} \text{\% de idosos que} \\ \text{demonstraram} \\ \text{conhecimentos sobre} \\ \text{barreiras} \\ \text{arquitetônicas/prevenção} \\ \text{de quedas} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nº de idosos que demonstraram} \\ \text{conhecimentos sobre barreiras} \\ \text{arquitetônicas/prevenção de quedas} \end{array}}{\text{Nº total de idosos}} \times 100 = 37/51 \times 100 = \mathbf{73\%}$$

Isto permitiu-nos constatar que o objetivo inicialmente proposto foi atingido (conseguir que até janeiro 2013, 70% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa) e igualmente um momento de convívio em que todos os idosos quiseram participar, trocando ideias e experiências.

A avaliação da adesão à sessão foi realizada com a chamada e registo dos idosos (anexo F) pertencentes à amostra em cada centro de dia / convívio, resultando numa adesão de 100%, calculado pela seguinte fórmula, atingindo desta forma o objetivo proposto.

$$\begin{array}{l} \text{\% de idosos que aderiram à} \\ \text{sessão de educação sobre} \\ \text{barreiras} \\ \text{arquitetônicas/prevenção de} \\ \text{quedas} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nº de idosos que aderiram à sessão} \\ \text{de educação sobre barreiras} \\ \text{arquitetônicas/prevenção de quedas} \end{array}}{\text{Nº total de idosos}} \times 100 = 51/51 \times 100 = \mathbf{100\%}$$

Um outro momento deste projeto foi a visualização de um filme intitulado “Casa Segura” (anexo E), onde a avaliação passou pela monitorização da adesão na visualização do filme (anexo F), que foi de 71% (36 idosos), como revela a seguinte fórmula de cálculo:

:

$$\begin{array}{l} \text{\% de idosos que aderiram} \\ \text{à atividade “apresentação} \\ \text{do filme Casa Segura”} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nº de idosos que aderiram à atividade} \\ \text{“apresentação do filme Casa Segura”} \end{array}}{\text{Nº total de idosos}} \times 100 = 36/51 \times 100 = \mathbf{71\%}$$

Em relação à atividade designada “Banca da Saúde” (anexo E) inserida no projeto “Toca a Mexer para Melhor envelhecer”, a sua avaliação foi obtida pela participação dos idosos na mesma (anexo F). Assim, registamos o nome de todos os idosos que se dirigiram a esta, calculando uma taxa de adesão de 80%, tal como demonstra a seguinte fórmula de cálculo:

$$\begin{array}{l} \% \text{ de idosos que aderiram} \\ \text{à atividade "Banca da} \\ \text{Saúde"} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ de idosos que aderiram à atividade} \\ \text{"Banca da saúde"} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ total de idosos} \end{array}} \times 100 = 51/51 \times 100 = \mathbf{100\%}$$

Neste espaço foi possível criar um momento de educação para a saúde, através da entrega de materiais educativos realizados pelo grupo, nomeadamente desdobráveis (anexo G), permitindo assim a continuidade deste processo de educação.

Inserida no mesmo projeto, foi também realizada a sessão prática de exercício físico/reabilitação (anexo E), na qual o seu momento de avaliação contou com a colaboração de uma professora de educação física. Realizamos um conjunto de exercícios práticos, com o intuito de fomentar o convívio entre os idosos e incentivar a prática dos mesmos, mostrando como pode ser divertido realizar atividade física e as vantagens que esta lhes pode trazer.

.A sua avaliação foi registada através da participação dos idosos (anexo F), havendo uma adesão de 80%, tal como se verifica pela seguinte fórmula de cálculo:

$$\begin{array}{l} \% \text{ de idosos que aderiram} \\ \text{à sessão prática de} \\ \text{exercícios} \\ \text{físicos/reabilitação} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ de idosos que aderiram à sessão} \\ \text{prática de exercícios} \\ \text{físicos/reabilitação} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ total de idosos} \end{array}} \times 100 = 41/51 \times 100 = \mathbf{80\%}$$

Os registos multimédia desta atividade, aconteceram através de fotografias (anexo H).

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

Todas as atividades motivaram o grupo, que se sentiu acarinhado pelos idosos e valorizado pelos mesmos. Apercebemo-nos que os idosos compreenderam a importância do nosso trabalho e a utilidade do mesmo na sua vida diária.

De salientar ainda, a satisfação pela atenção e interação por parte dos idosos, considerando que esta reação de deveu em muito à representação e intervenção lúdica do grupo de trabalho

NOTAS FINAIS

Investigar eleva o conhecimento, traz credibilidade e melhora a prática de quaisquer disciplina, especialmente à de Enfermagem, e tal como Stanhope e Lancaster (2001, p. 1048) diz, o enfermeiro “(...) como educador, está em posição ideal para realizar estudos, como investigador, que façam avançar a prática da enfermagem (...)”. Nesta sequência de ideias e na reta final deste estudo fica a certeza que a investigação científica contribuiu bastante para a aquisição de novos e fomentar alguns conhecimentos já existentes, que permitiram encontrar respostas para a intervenção comunitária.

Sabemos que o envelhecimento demográfico é uma realidade presente e que representa, cada vez mais, uma maior preocupação para os profissionais de saúde. E como Quaresma (2004) refere, o envelhecimento populacional tem cada vez mais uma dimensão global, com implicações sociais e familiares que o tornam num fenómeno social em todo o mundo.

Como enfermeiros comunitários, a elaboração de um trabalho de planeamento em saúde traduz-se num enorme desafio, mas com grande perspectivas de realização pessoal e profissional, pelo que intervir e avaliar nesta etapa de vida da pessoa, de forma a muni-la de capacidades crítico/reflexivas em relação às tomadas de decisão que podem influenciar a saúde, tornou-se uma posição de eleição.

Assim, ao realizarmos o diagnóstico de situação, encontramos problemas em saúde que foram ao encontro da fundamentação teórica, e os problemas priorizados estiveram em concordância com os recursos existente, o tempo disponível para a realização deste trabalho, assim como a nossa área profissional, enquanto enfermeiros comunitários.

Paralelamente a este ponto, a escolha da pessoa idosa para a nossa intervenção comunitária veio ao encontro da realidade descrita do envelhecimento demográfico assim como aos planos e políticas existentes.

Respeitando as características específicas desta faixa etária, foram desenvolvidas estratégias interativas, utilizando para tal dinâmicas de grupo dirigidas aos diferentes problemas priorizados. A intervenção desenvolvida

através do programa “EnvelheSER ATIVO sem quedas” estabeleceu curiosidade, motivação e inquietação, acerca da realidade das quedas e o que se pode fazer para evita-las e foi gratificante verificar em cada atividade desenvolvida o envolvimento dos idosos

No entanto, tal como demonstra toda esta exposição, tratou-se de um trabalho exaustivo, na qual vivenciamos algumas dificuldades e obstáculos, nomeadamente com a disponibilidade temporal por parte das instituições, em paralelo com o nosso tempo de intervenção. Contudo não constituíram um impedimento para realizar atempadamente todo o processo de planeamento em saúde, nomeadamente validar os resultados do estudo efetuados e as conclusões que obtivemos.

Alguns pontos bastante positivo de salvaguardar foi a disponibilidade e colaboração de toda a equipa da UCC de Felgueiras, assim como a disponibilidade do município de Felgueiras mostrando-se recetivos em colaborar connosco. Satisfatória foi igualmente a adesão das IPSS e dos idosos a este projeto, mostrando-se sempre recetivos e interessados por atividades desta natureza, tornando este fator importante para a continuidade do projeto ou alguns semelhantes.

Assim, o resultado do diagnóstico de situação fica para um possível desafio para futuros projetos de intervenção comunitária ou até para outros trabalhos de Planeamento em Saúde, explorando outras áreas de conhecimento e de intervenção, como por exemplo, o prestador de cuidados, alargando assim a amostra, assim como no problema solidão, sendo um problema levantado.

Com o desenvolvimento deste estudo, consideramos, ter atingido os objetivos inicialmente propostos, assim como adequada, útil e pertinente a metodologia utilizada e esperemos que este projeto tenha continuidade, quer em termos conceptuais, quer dando exemplo prático da sua utilização, aos parceiros envolvidos, para que a longo prazo seja possível, verificar e demonstrar a obtenção de ganhos em saúde nesta população, o que não nos foi possível pelo facto do curto espaço de tempo.

É de salientar, que tendo em conta a dinâmica do Planeamento em Saúde, que a fase de avaliação não é vista como um término, uma vez que outros problemas identificados devem ser alvo de investigação.

Consideramos, também que esta intervenção comunitária foi motivadora e enriquecedora, levando o desejo de a desenvolver em contexto de trabalho individual e esperamos, ainda, que contribua para o despertar de interesses de outros profissionais.

No término deste trabalho, gostaríamos de salientar que esta foi uma experiência singular que proporcionou um enriquecimento profissional e pessoal. Mas, temos consciência de que há pontos que talvez não tenham sido abordados ou aprofundados da devida maneira, pois quanto maior é a ambição, mais facilmente se pode cometer erros. E não poderíamos deixar de reforçar o agradecimento a todos os que contribuíram para a elaboração deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azeredo, Z. (2011). *O Idoso como um todo*. Viseu: PsicoSoma
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global* (M. A. Madeira, F. A. Silva, L. Abecasis & M. C. Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta
- Bernardo, F. (2008). *Podemos e devemos construir o futuro significativo*. Porto
- Câmara Municipal de Felgueiras (s.d.) (2012). Consultado em 13 de Novembro de 2012, disponível em <http://www.cm-felgueiras.pt/VSD/Felgueiras/vPT/Publica/>
- Carpenter, D. & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem, avançando o imperativo humanista*. (2ªed.). Loures: Lusociência
- Carrilho, M. J. & Gonçalves, C. (2007). *Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual*. Revista de estudos demográficos nº40, p.21-75. Lisboa: Instituto Nacional de estatística de Portugal. Consultado em 16 de Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.ine.pt/xmaisn?xid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=564966%ESTUDOSmodo=2%&lang=pt
- Censos (2011). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Consultado em Outubro de 2012, disponível em <http://www.ine.pt>
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional de Saúde 2001-2010* Consultado em 15 de Outubro de 2012. Disponível em: <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde consultado em 15 de Outubro de 2012. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Direção Geral de Saúde. (2008). *Envelhecimento ativo de Saúde no ciclo de vida*. Consultado em 27 de Outubro de 2012. Disponível em: <http://www.gds.pt/>

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora

Fernandes, A. A. (2007). *Velhice, Solidariedade Familiares e Política Social*. Sociologia. Problemas e práticas nº36, p. 39-52

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I. & Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.

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

Hill, M. M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário (2ªed)*. Lisboa: Edições Silabo

Imperatori E. e Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde – manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed.).Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2011*. Consultado em 6 de Dezembro de 2012, disponível em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2

Kalache. A. & Kickbusch, I. (1997). *A global strategy for healthy ageing*. World Health. Julho-Agosto, p4-5.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: Métodos e avaliação crítica e utilização* (4ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Malagutti, W. & Bergo, A. (2010). *Abordagem Multidisciplinar do Idoso*. Rio de Janeiro: Editora Rubi

Ministério da Saúde e Educação (2006). *Protocolo entre Ministério da Saúde e Educação*. Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: a prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência

Moraes E. (2009). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed

Neto, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento*. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.

Netto, M.P. (2002). *História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos*. In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

Oliveira, M., (2009). *Sociologia do Envelhecimento*. Lisboa: Lidel

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Consultado em 10 de Novembro. de 2012, disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2005). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original em Inglês publicado em 2003)
- Organização Mundial de Saúde (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian (Trabalho original em Inglês publicado em 2007).
- Parente, M. et al. (2006). *Cognição e envelhecimento*. São Paulo: Artmed Editora
- Paschoal, S.M.P. (1999). *Epidemiologia do envelhecimento*. In: M.P. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu. p.26-43
- Paul, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J. (2005). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (77-95)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pinto, A. M. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora
- Ramos, L. R. (2002). *Fatores determinantes do envelhecimento ativo saudável em idosos em centro urbano, Projeto Epidoso*. Cadernos de Saúde Pública, vol.19, nº3. Rio de Janeiro
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo*. In O. Ribeiro (coord.), *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel.
- Serra, A.V. et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.º 1, Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Spiriduso, W.W.(2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri, SP: Manole

Squire, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática. Lisboa: Lusodidacta

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública – cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. (7ªed) Loures: Lusodidata

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde

Tuckman, W. (2005). *Manual de Investigação em Educação* (3ªed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

ANEXOS

ANEXO A

- Carta de apresentação do Programa “EnvelheSer ATIVO”
- Pedidos de autorização às várias instituições;
- 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 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.

Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação. Para qualquer esclarecimento poderá contactar-nos através da Sr^a Enfermeira Lola 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 contato 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

10/12/12

Gmail - autorização para utilização da escala de barthel



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

autorização para utilização da escala de barthel

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

Exª Proª Dª Fátima Araújo!

Somos alunas da Escola Superior do Vale de Sousa (Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo) à frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Pretendemos realizar um projeto "EnvelheSer Ativo, cujo o objetivo é promover o envelhecimento ativo nos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, de centros de dia e de convívio do concelho de Felgueiras. Para tal necessitávamos de utilizar o índice de Barthel, versão portuguesa, pelo que solicitamos a vª exª autorização da aplicação da mesma no nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente
O grupo: Ana Souto, Clara Ramos, Cláudia Pereira e Vera Azevedo.

10/12/12

Gmail - autorização para utilização da escala de barthel



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

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

1/1



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Autorização para a utilização da escala WOQOL-Bref

Ana Souto <anasouto40@gmail.com>
Para mcanavarro@fpce.uc.pt

Exª Srª 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 vª exª 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

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, 9 de Dezembro de 2012 2:35

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 Vª exª 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



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Autorização para a utilização da escala WOQOL-Bref

Ana Souto <anasouto40@gmail.com>
Para mccanavarro@fpce.uc.pt

Exª Srª 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 vª exª a autorização da aplicação da mesma para o nosso estudo.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente
Ana Souto

CONSENTIMENTO INFORMADO

Programa “EnvelheSER ATIVO”

Este instrumento de colheita de dados foi elaborado no âmbito do projeto “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 projeto “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 projeto.

De forma livre e esclarecida:

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

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

Assinatura _____

Felgueiras, __ de Outubro de 2012

ANEXO B

- Respostas aos pedidos de autorização.

Confirmações das IPSS

De: Centro Social Moure <centrosocial.moure@gmail.com>
Data: 9 de Outubro de 2012 à 9 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.
>
> Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação.
> Para qualquer esclarecimento poderá contactar a Sr^a Enfermeira Iola Ferronha (orientadora deste estágio), na UCC de Felgueiras através do telefone 255312983/961314363 ou através deste endereço de e-mail <eccifelgueiras@gmail.com>
> Desde já mostramos disponibilidade para realizar um contacto presencial nos

> dias *10 de Outubro às 9h30 ou dia 11 de Outubro as 12 horas.*
> Estamos disponíveis também para outros dias de acordo com o vossa
> disponibilidade e da UCC Felgueiras. Aguardamos um contato neste
> sentido.
>
> Com os melhores cumprimentos,
>
> Felgueiras, 09 de outubro de 2012
>
> Enf. Benvinda Ribeiro
>
> Coordenadora da UCC de Felgueiras
>
>
>
> Morada
>
> Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras
> Rua Padre Justino António da Silva
> 4610-821 Várzea Felgueiras
> Telf: 255312983 Fax:255926473
>
>

--

Atentamente
ECCI Felgueiras

Morada
ECCI Felgueiras
Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras
Avenida Agostinho Ribeiro
4610-102 Felgueiras
Telf: 255310920 - 961314363

De: **Ana Cristina** <anacristina.scmf@mail.telepac.pt>
Data: 10 de Outubro de 2012 à 13:41
Assunto: RE: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO
Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Olá boa tarde,

Se não houver inconveniente ficaria marcado para dia 15 de Outubro, pelas 12h.

Cp.

Ana Cristina

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 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.

Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação.

Para qualquer esclarecimento poderá contatar a Srª Enfermeira Iola Ferronha (orientadora deste estágio), na UCC de Felgueiras através do telefone 255312983/961314363 ou através deste endereço de e-mail eccifelgueiras@gmail.com

Desde já mostramos disponibilidade para realizar um contato presencial que posteriormente irei enviar via e-mail.

Com os melhores cumprimentos,

Felgueiras, 09 de outubro de 2012

Enf. Benvinda Ribeiro

Coordenadora da UCC de Felgueiras

De: **CentroSocial** <centrosocialpam@sapo.pt>
Data: 3 de Outubro de 2012 à 13:23

Assunto: Re: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO - UCC Felgueiras
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
Cc: Benvinda Ribeiro ; claralbr80@gmail.com
Sent: Wednesday, October 03, 2012 8:02 AM
Subject: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO - UCC Felgueiras

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a)Técnico (a)

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

Somos enfermeiras do 2º 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 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.

Neste sentido, o nosso pedido surge no intuito de solicitar a vossa cooperação.

Para qualquer esclarecimento poderá contactar a Sr^a Enfermeira Iola Ferronha (orientadora deste estágio), na UCC de Felgueiras através do telefone 255312983/961314363 ou através deste endereço de e-mail eccifelgueiras@gmail.com

Desde já mostramos disponibilidade para realizar um contato 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 o vossa disponibilidade e da UCC Felgueiras. Aguardamos um contato neste sentido.

Com os melhores cumprimentos,

Felgueiras, 03 de outubro de 2012

Enf. Benvinda Ribeiro

Coordenadora da UCC de Felgueiras

De: ADIB - Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas

[<adib@sapo.pt>](mailto:adib@sapo.pt)

Data: 23 de Novembro de 2012 à 16:11

Assunto: RE: Agendamento da Sessão de Educação para a Saúde sobre quedas no âmbito do projeto EnvelheSER Ativo - UCC Felgueiras

Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Boa tarde Enf^ª

Da nossa parte não colocamos qualquer objeção na data proposta.

Obg

Andrea Almeida

-----Mensagem original-----

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

Enviada: sexta-feira, 23 de Novembro de 2012 14:57

Para: Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas (ADIB)

Cc: claralbr80

Assunto: Agendamento da Sessão de Educação para a Saúde sobre quedas no

âmbito do projeto EnvelheSER Ativo - UCC Felgueiras

Bom dia Dra Andrea

No âmbito do projeto do EnvelherAtivo a ser elaborado pelas Enfermeiras a realizar Mestrado em Enfermagem Comunitária na UCC Felgueiras, venho por este meio propor o agendamento da Sessão de Educação para a Saúde sobre prevenção de Quedas para os idosos para dia 4 de dezembro (terça feira) por volta das 14h30.

Esta formação terá como duração aproximadamente 60 a 90 minutos, uma vez que teremos algumas demonstrações práticas.

Terá como colaboração na realização da sessão de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação que faz parte da UCC Felgueiras.

Agradeço desde já toda a disponibilidade demonstrada no acolhimento deste nosso projeto.

Aguardo confirmação da sugestão da data da Sessão da Educação para a Saúde

--

Atentamente

Iola Ferronha

De: **Centro Social Pedra Maria** <cspedramaria@gmail.com>

Data: 23 de Novembro de 2012 à 17:00

Assunto: Re: Agendamento da sessão de educação para a saúde sobre quedas no âmbito do Projeto do EnvelheSER Ativo - UCC Felgueiras

Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Boa tarde Enf. Iola,

Fica, então, agendada a Sessão de Educação para a saúde para o dia 05/12/12 às 14h30.

Melhores cumprimentos,

Patrícia Magalhães

(Directora Técnica)

Em 23 de novembro de 2012 15:08, ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com> escreveu:

Bom tarde Dra Patrícia Magalhães

No âmbito do projeto do EnvelherAtivo a ser elaborado pelas Enfermeiras a realizar Mestrado em Enfermagem Comunitária na UCC Felgueiras, venho por este meio propor o agendamento da Sessão de Educação para a Saúde sobre prevenção de Quedas para os idosos dia 5 de dezembro (quarta feira) por volta das 14h30.

Esta formação terá como duração aproximadamente 60 a 90 minutos, uma vez que teremos algumas demonstrações práticas.

Terá como colaboração na realização da sessão de uma Enfermeira Especialista em Reabilitação que faz parte da UCC Felgueiras.

Agradeço desde já toda a disponibilidade demonstrada no acolhimento deste nosso projeto.

Aguardo confirmação da sugestão da data da Sessão da Educação para a Saúde.

--

Atentamente
Iola Ferronha

De: **Dina Peixoto** <dina_peixoto_2@hotmail.com>
Data: 5 de Outubro de 2012 à 20:29
Assunto: RE: Projeto EnvelheSER ATIVO
Para: "eccifelgueiras@gmail.com" <eccifelgueiras@gmail.com>

Boa noite Sr^a Enfermeira Iola

Uma vez que tem disponibilidade logo no início da tarde do dia 9 de Outubro, poderia ficar desde já agendado o encontro presencial para as 14:00. Entretanto se surgir algum inconveniente agradeço que me comunique, caso contrário fico à vossa espera.

Atentamente

Dina Peixoto

Date: Fri, 5 Oct 2012 07:45:52 +0100
Subject: Projeto EnvelheSER ATIVO
From: eccifelgueiras@gmail.com
To: dina_peixoto_2@hotmail.com
CC: claralbr80@gmail.com

Bom dia Dra Dina

Dia 9 de Outubro poderá ser um bom dia para nos encontrarmos, no entanto só terei disponibilidade das 14h às 14h45, uma vez que já tenho um agendamento entretanto marcado para o Centro Social de Airões às 15 horas. Dependendo do horário que sairmos de lá ainda poderá dar para ir aí no final até as 16h30 mas irá depender do tempo dispendido no encontro mencionado anteriormente.

Se não der para ser antes, no final do encontro com o Centro Social de Airões entro em contato telefónico consigo se ainda estivermos dentro do horário das 16h30 estipulado.

Atentamente
Iola Ferronha

ANEXO C

- MEEM

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 par a 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**

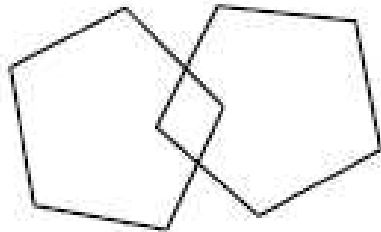
b. Faça o paciente repetir "**nem aqui, nem ali, nem lá**". _____ **1**

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: **FECHE 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, Morgado, J., Rocha, S., Maruta, C., Guerreiro, M. e Martins, I. (1994)

- ✓ 27 literacia > 11 anos de escolaridade
- ✓ 22 literacia de 1 a 11 anos de escolaridade
- ✓ < 15 analfabetos

ANEXO D

- Instrumento de colheita de dados.

QUESTIONÁRIO

I

Caracterização Socio Demográfica

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 conjugue ___
- 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 escadas?

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€___

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 confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição?

1- O próprio

2- Familiar/Convivente

3- Instituição

4- Outro

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___

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 Infeciosas 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 Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas ___
- 15- Lesões, Envenenamento e algumas Outras Consequências de Causa Externa ___
- 16- Causas Externas de Morbidade 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 16)

18.1- Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente?

- 1- 3 ou menos ___
- 2- 4 a 6 ___
- 3- Mais de 6 ___

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- Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

1- Sim___

2- Não___

22. Sente-se seguro em sua casa?

1- Sim___

2- Não___

II

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

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	Como avalia o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas 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 de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança 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 duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5
		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(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 da sua vida nas duas últimas 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 para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5

23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	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 da sua vida nas duas últimas semanas.

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

III

Escala de Barthel

1. Alimentação

0 = Incapaz (Dependente de outra pessoa)

5 = Precisa de ajuda (cortar alimentos, barrar manteiga, etc.)

10 = Independente. Consegue alimentar-se sozinho num tabuleiro ou mesa quando alguém lhe fornece a comida preparada. É capaz de utilizar um dispositivo auxiliar caso necessite, por exemplo cortar comida usar salteiro ou pimenteiro, espalhar manteiga, etc. Deverá completar a refeição num tempo aceitável.

2. Deslocação (de cama para cadeira de rodas e vice-versa)

0 = Incapaz

5 = Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se da cama/cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda

10 = Necessita de ajuda mínima para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal

15 = Independente em todas as fases desta actividade. O utente aproxima-se da cama com cadeira de rodas, trava a cadeira, levanta os descansos dos pés, transfere-se em segurança para a cama, deita-se, senta-se lateralmente na cama, muda a cadeira de rodas e consegue fazer o inverso.

3. Higiene Pessoal

0 = Incapaz

5 = Independente. O utente consegue lavar a cara e as mãos, pentear-se, lavar os dentes e barbear-se. Pode usar qualquer tipo de laminas sem ajuda, assim como, retirá-la de uma gaveta ou armário. As mulheres deverão conseguir maquilhar-se caso usem.

4. Ida à casa de banho

0 = Incapaz

5 = Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico

10 = Consegue colocar-se e levantar-se da sanita, desapertar, apertar e segurar as roupas e usar papel higiénico sem ajuda. Pode utilizar uma barra de suporte ou outro objecto caso necessite para se apoiar. Caso seja necessário usar uma arrastadeira tem de ser capaz de a colocar na cadeira, esvazia-la e limpa-la.

5. Tomar banho

0 = Incapaz

5 = Independente. Toma banho sem ajuda. Entra e sai da banheira/ chuveiro e lava-se sozinho e sem supervisão. Não necessita de ajuda em nenhuma fase do banho.

6. Mobilidade (superfície sem degraus)

0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se

10 = Anda com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda

15 = Independente. Consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

6. a) Mobilidade com cadeira de rodas

5 = Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas, contorna cantos, inverte o sentido de marcha, aproxima-se de mesa, de uma cama e consegue ir à casa de banho. Puxar a cadeira pelo menos 50 metros.

7. Subir ou descer escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita ajuda, ou supervisão.

10 = Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar bengala, muletas mas tem de ser capaz de as utilizar para subir e descer.

8. Vestir-se e despir-se

0 = Incapaz

5 = Precisa de ajuda para vestir, despir e apertar qualquer peça de vestuário. Tem de fazer pelo menos metade da tarefa sozinha e completa-la num tempo aceitável.

10 = Consegue vestir, despir, e apertar todo o vestuário, e apertar os sapatos (excepto se for necessário fazer adaptações). Inclui colocar retirar e apertar coletes ou outros dispositivos, quando prescritos, assim como, vestuário especial (peças de roupa adaptadas).

9. Evacuar (controlo dos intestinos)

0 = Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.

5 = Precisa de ajuda para colocar um supositório, fazer um enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).

10= Consegue controlar os intestinos. Pode colocar um supositório ou fazer um enema quando necessário.

10. Urinar (controlo vesical)

0= Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir algália sozinha.

5= Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24h), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.

10= Contigente ou algaliado mas com capacidade para gerir algália sozinha, e permanecer seco dia e noite.

Classificação:

0 - 04 – Muito Grave

05 -09 – Grave

10-14 – Moderado

ANEXO E

- Planificação das atividades planeadas.

PLANO DE SESSAO			
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 Actividades	- 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 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 SESSAO			
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 Actividades	- 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 SESSAO			
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 Actividades	- 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 SESSAO			
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 Actividades	- 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 F

- Fichas de avaliação das atividades.

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

Coloque um X na figura que considera correta:













Não utilize armários muito altos ou necessiten de barras ou escadas para alcançar os objetos.



Os armários devem ser de fácil alcance e fixados à parede.



Mantenha os fios dos aparelhos próximos dos tomadas. Deixe o caminho livre e sem obstáculos.



Preferir colchões mais altos e firmes e poltronas com braços.



Obrigada

Alunas do Mestrado em Enfermagem - Computoria da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa: Ana Sousa, Clara Ramos, Cláudia Pereira, Vera Azevedo

AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE "CASA SEGURA"

Centro de Dia\ Centro de Convívio	Data da sessão\ Avaliação	Nº de utentes que entraram no estudo	Respostas certas	Respostas erradas	Demonstrou conhecimentos
Centro Social Paroquial Pe. António Mendonça	10.12.2012	7	6	1	X
			5	2	
			6	1	X
			5	2	
			5	2	
			6	1	X
			5	2	
Moure	12.12.2012	3	5	2	
			5	2	
			5	2	
Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras	19.12.2012	7	7	0	X
			5	2	
			5	2	
			5	2	
			6	1	X
			5	2	
Bairro João Paulo II	12.12.2012	1	7	0	X
Casa do Povo da Longra	19.12.2012	8	7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			6	1	X
			7	0	X
Casa do Povo da Lixa	05.12.2012	6	7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
ADIB	04.12.2012	7	7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			6	1	X
			6	1	X
			5	2	
			5	2	

Pedra Maria	06.12.2012	12	7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			7	0	X
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	X

ANEXO G

- Desdobrável alusivo à temática abordada.

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 flexida 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 almofada 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, inclinar com os braços como para se levantar. Se ocorrer vertigem, sentar-se, aguentar um pouco, reconhecendo, 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 estendidos, 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 flexidos juntar os cotovelos.



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



Passar as mãos 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 mãos à altura das ancas, executar um movimento de torção com a parte superior do corpo.

Fonte: M.A. Marston et E.S. McConnell, Gerontological Nursing, Philadelphia, W.B. Saunders, 1999, p. 270-272



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 cortantes 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 CONSCIÊNCIA;
- 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 prateleiras 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 superfícies cortantes.;
- Se necessitar utilize barras de apoio no polibã 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

- Fotografias.

**FOTOGRAFIAS DA ATIVIDADE "SESSÃO
PRÁTICA DE EXERCÍCIO
FÍSICO/REABILITAÇÃO"**

