

Ana Maria Teixeira Santos Souto

Envelhecimento Ativo
Necessidade de Bem
Envelhecer

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Trabalho efetuado sob orientação da
Professora Doutora Assunção Nogueira

junho 2013

Souto, Ana Maria Santos

Envelhecimento Ativo
Necessidade de Bem Envelhecer

204 Páginas

Relatório de Estágio, Instituto Politécnico da Saúde do Norte

CESPU, CRL; Instituto Politécnico da Saúde do Norte

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.

Fernando Pessoa

Aos meus filhos e marido, alegrias e
razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Neste momento em que chega ao fim mais uma etapa tão importante do meu percurso académico, marco fundamental para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, gostaria de deixar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho.

No entanto, por mais palavras de agradecimento que expresse para gratificar as várias pessoas pelo contributo e apoio que deram para a realização deste trabalho, nenhuma delas traduzirá por inteiro o meu sentimento.

Não obstante, gostaria de agradecer de forma especial:

À Professora Doutora Assunção Nogueira, minha orientadora, da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, pelas sugestões, críticas, pela amizade e pelo companheirismo decisivo, que permitiu tornar esta árdua tarefa numa experiência gratificante e enriquecedora.

A todos os profissionais que direta ou indiretamente me ajudaram e a todos os diretores técnicos das várias instituições que participaram no estudo.

À Professora Vânia Costa, a toda equipa da UCC de Felgueiras e em especial à Enfermeira Iola Ferronha, pessoas sem as quais este trabalho não teria existido.

À Gina Santos, pela ajuda e amizade.

À Teresa Carvalho e Cristina Carvalho, pelo apoio e colaboração.

A todos os idosos que acederam participar neste estudo, sem os quais não teria sido possível atingir um nível de reflexão tão profundo e enriquecedor.

À equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Fénix de Vila Real, Alexandra Carmo, Ana Isabel Letra, Ana Luísa Santos, Cláudia Coelho, Lisete Jesus, Mónica Martins e Raquel Gonçalves, que direta ou indiretamente acabaram por colmatar a minha ausência no serviço, não esquecendo Andreia Pinto, que embora não estando presente, sei que da mesma forma o faria.

Às minhas colegas de curso, Vera Azevedo, Cláudia Pereira e em especial à Clara Ramos (companheiras de luta), pelos momentos que ouviram os meus desabafos e pela forma como conseguiram manter a nossa amizade até ao final desta etapa.

À minha família, em especial aos meus pais, pela paciência, compreensão, ajuda preciosa, e por todas as privações de tempo e disponibilidade que este trabalho exigiu.

Ao meu marido, pela força, pelo estímulo e por ser o “espelho” da minha vida.

Enfim, aos meus queridos filhos, Carlos Daniel e Ana Sofia, pelos momentos de tão pouca paciência e de completa ausência.

RESUMO

O envelhecimento ativo reflete-se na vida dos idosos sendo necessárias medidas de intervenção comunitária. A promoção da saúde surge como uma destas medidas preparando os idosos para uma vida saudável.

Assim, pretendemos promover o envelhecimento ativo com intervenções, pelo que realizamos um estudo que decorreu entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, na Unidade de Cuidados Continuados de Felgueiras. Utilizamos uma metodologia descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa e caráter transversal, com recurso ao planeamento em saúde. Iniciou-se com o diagnóstico de situação, para reconhecimento das necessidades da comunidade de idosos a frequentar no concelho de Felgueiras centros de dia/convívio, participando 51 idosos. Utilizamos um questionário juntamente com a Escala de WHOQOL-Bref e o Índice de Barthel, com o intuito de recolher informação.

Através da hierarquização dos problemas, priorizamos as “quedas” como uma necessidade a ser resolvida em primeiro plano. Elaboramos o Programa “EnvelheSER Ativo Sem Quedas” e três projetos: “Cuida-te”, “Toca a Mexer Para Melhor Envelhecer” e “Casa Segura”. Efetuamos atividades voltadas para práticas preventivas a fim de esclarecer os idosos sobre os cuidados a ter em relação à prevenção de quedas.

Na avaliação, verificamos que 73% dos idosos demonstraram conhecimentos sobre prevenção de quedas e 71% à 100% aderiram às atividades relacionadas com o exercício físico.

Os resultados obtidos responderam ao objetivo inicialmente proposto e demonstraram pertinência no desenvolvimento de ações dirigidas para a intervenção na comunidade.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo, Idosos, Planeamento em Saúde, Quedas.

ABSTRACT

Active aging is reflected in the lives of seniors and community intervention measures required. Health promotion comes as one of these measures preparing seniors for a healthy life.

Thus, we intend to promote active aging interventions, so we conducted a study that took place between October 2012 and January 2013, the Continuing Care Unit of Felgueiras. We used a descriptive, exploratory methodology, quantitative approach and crosscutting, with recourse to health planning. It began with the diagnosis of the situation, to recognize the needs of the elderly in the county of Felgueiras attend day centers / socializing, participating seniors 51. Using a questionnaire along with the WHOQOL-Bref Scale and Barthel Index, in order to gather information.

Through the prioritization of problems, prioritize the "falls" as a need to be resolved in the foreground. We developed the program "EnvelheSER Ativo Sem Quedas" (Active aging without falls) and three projects: "Cuida-te" (Take care), "Toca a Mexer para Melhor Envelhecer" (Let's move for a better aging) and "Casa Segura" (Safe House). We have carried out activities focused on preventive practices in order to clarify the elderly about the precautions regarding prevention of falls.

In the evaluation, we found that 73% of seniors demonstrated knowledge on prevention of falls and 71% to 100% adhered to activities related to the exercise.

The results answered the goal originally proposed and demonstrated relevance in the development of actions directed to community intervention.

Keywords: Active Aging, Seniors, Health Planning, Falls.

ÍNDICE

	pág.
INTRODUÇÃO	3
PARTE I – NECESSIDADE DE BEM ENVELHECER	
1. ENVELHECIMENTO.....	9
1.1. Envelhecimento demográfico	12
1.1.1. Envelhecimento em Portugal.....	14
1.1.2. Consequências epidemiológicas da população idosa	17
2. ENVELHECIMENTO ATIVO	23
2.1. Fatores determinantes do envelhecimento ativo	25
2.2. Políticas públicas sociais para pessoas idosas	28
2.3. Promoção da saúde e do bem-estar na população idosa.....	30
PARTE II - PLANEAMENTO EM SAÚDE	
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE FELGUEIRAS	37
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	39
2.1. População-alvo e amostra.....	41
2.2. Instrumento de recolha de dados.....	45
2.3. Pré teste.....	48
2.4. Variáveis e sua operacionalização	49
2.5. Análise de dados	51
2.6. Procedimentos éticos.....	51
2.7. Apresentação dos resultados	52
2.8. Discussão dos resultados.....	80
2.9. Problemas de saúde identificados	89
3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	91
3.1. O idoso e as quedas	92
4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	95
5. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	99
5.1. Programa “EnvelheSER Ativo Sem Quedas”	100
5.1.1. Projeto “Casa Segura”	101

	pág.
5.1.2. Projeto “Cuida-te”	102
5.1.3. Projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”	103
6. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES	105
7. AVALIAÇÃO	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXOS	129
Anexo A - Carta de apresentação às instituições do Programa EnvelheSER Ativo; Respostas aos pedidos de autorização para implementar Programa “EnvelheSER Ativo”; Consentimento Informado.....	cxxxii
Anexo B - Mini Exame do Estado Mental.....	cxxxix
Anexo C - Instrumento de recolha de dados.....	cxlili
Anexo D - Pedidos de autorização e respostas para aplicação da escala WHOQOL-Bref, Índice de Barthel e Mini Exame do Estado Mental.....	clv
Anexo E - Apresentação multimédia de imagens	clxiii
Anexo F - Folheto sobre prevenção de quedas em casa	clxxiii
Anexo G - Cartaz de Exercício Físico	clxxvii
Anexo H - Folheto de esclarecimento sobre exercício físico.....	clxxxi
Anexo I - Ficha de avaliação de conhecimentos.....	clxxxv
Anexo J - Tabela da avaliação de conhecimentos	clxxxix
Anexo K - Folhas de presença dos participantes nas atividades.....	cxcliii
Anexo L - Registo fotográfico da sessão do exercício físico/reabilitação	cxcix

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050.....	13
Gráfico 2. Pirâmide populacional. EU-27	15
Gráfico 3. Projeções da população residente (nº)	16
Gráfico 4. Óbitos por algumas causas de morte (%) proporção - %.....	19
Gráfico 5. Género	53
Gráfico 6. Classe etária.....	53
Gráfico 7. Habilitações literárias	54
Gráfico 8. Profissão	55
Gráfico 9. Estado civil.....	55
Gráfico 10. Conviventes	56
Gráfico 11. Conviventes (família alargada).....	56
Gráfico 12. Habitação.....	57
Gráfico 13. Habitação tem escadas?	57
Gráfico 14. Habitação água canalizada/potável?	58
Gráfico 15. Rendimentos mensais	58
Gráfico 16. Principal motivo para frequentar o Centro de dia.....	59
Gráfico 17. Outros motivos para frequentar o Centro de dia.....	59
Gráfico 18. O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da instituição	60
Gráfico 19. Com quem convive fora da instituição	61
Gráfico 20. Número de refeições diárias	61
Gráfico 21. Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição	62
Gráfico 22. Método de confeção de alimentos nas refeições que faz fora da instituição	62
Gráfico 23. Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária.....	63
Gráfico 24. Quantidade de água que consome diariamente.....	63
Gráfico 25. Número de horas de sono diárias.....	64
Gráfico 26. Tem o hábito de dormir a sesta.....	64
Gráfico 27. Toma medicação para dormir	65
Gráfico 28. Consome bebidas alcoólicas diariamente	65
Gráfico 29. Tipo de bebidas alcoólicas.....	66
Gráfico 30. Quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas.....	66
Gráfico 31. Consumo de tabaco	67
Gráfico 32. Tem médico de família.....	67
Gráfico 33. Sofre de alguma doença(s)?.....	68
Gráfico 34. Doença(s).....	69
Gráfico 35. Medicação diária	69

	pág.
Gráfico 36. Número de comprimidos (diferentes) que toma diariamente.....	70
Gráfico 37. Realiza alguma atividade física semanalmente?	70
Gráfico 38. Atividade física semanal.....	71
Gráfico 39. Motivo da não prática de atividade física	71
Gráfico 40. Número de vezes por semana de atividade física	72
Gráfico 41. Duração de cada sessão de atividade física	72
Gráfico 42. Opinião pessoal sobre a prática de atividade física para a saúde.....	73
Gráfico 43. Sente-se seguro em sua casa?	73
Gráfico 44. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?	74
Gráfico 45. Local da queda.....	74
Gráfico 46. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref.....	78
Gráfico 47. Frequências da questão 1 da escala WHOQOL-Bref	78
Gráfico 48. Frequências da questão 2 da escala WHOQOL-Bref	79
Gráfico 49. Histograma da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20	79
Gráfico 50. Classificação do grau de dependência dos idosos segundo o Índice de Barthel	80

ÍNDICE DE TABELAS

	pág.
Tabela 1. População residente: total e por grandes grupos etários (%) proporção %	16
Tabela 2. Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo-Portugal ano (idade) – média.....	17
Tabela 3. Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo ano (idade) – média.....	21
Tabela 4. População residente (Nº) por local de residência, sexo e grupo etário (por ciclos de vida)	38
Tabela 5. Resultados obtidos pelos idosos submetidos ao MEEM	43
Tabela 6. Resultados obtidos pelos idosos aprovados no MEEM.....	44
Tabela 7. Classificação de dependência/independência do idoso segundo o Índice de Barthel, nas escalas de 0 a 20 e de 0 a 100	47
Tabela 8. Questões, dimensões do estudo e técnicas estatísticas associadas	50
Tabela 9. Idade dos idosos	54
Tabela 10. Valores médios e desvios-padrão da escala da WHOQOL-Bref	75
Tabela 11. Equações utilizadas para os domínios da escala da WHOQOL-Bref.....	76
Tabela 12. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref.....	77
Tabela 13. Estatísticas descritivas dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref	77
Tabela 14. Problemas de saúde identificados	89
Tabela 15. Valor dos problemas segundo escala de medida linear.....	91
Tabela 16. Determinação de prioridades.....	92
Tabela 17. Atividades programadas dos projetos.....	100
Tabela 18. Plano de Sessão - Casa Segura/Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa”	105
Tabela 19. Plano de sessão - Casa Segura/Atividade 2 - Filme “Casa Segura”	107
Tabela 20. Plano de sessão – Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 1 – Sessão prática de Atividade física/reabilitação	108
Tabela 21. Plano de Sessão – Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 2 – “Banca da Saúde”	110

ÍNDICE DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Caixa Geral de Aposentações: receitas e despesas/pensões de aposentação, reforma e invalidez – Portugal euro – milhares	18
Figura 2. Os determinantes do EA	26
Figura 3. Freguesias do concelho de Felgueiras	37
Figura 4. Seleção da amostra	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD's - Atividades de Vida Diária

cit. - citado

CMEC - Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

DESA - Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas

DGS - Direção Geral de Saúde

EA - Envelhecimento ativo

EC - Enfermeiro Comunitário

ESSVS - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

km² - quilómetro quadrado

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

ml - mililitros

nº - número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

QV - Qualidade de Vida

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Measures

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa tem-se tornado um fenómeno populacional mundial deveras preocupante. Segundo dados do Eurostat (2011), em 1990, 19,1% da população europeia pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 10,6% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2060, verificar-se-á uma redução da população jovem (0-14 anos) e da população em idade ativa (15-64 anos) de, respetivamente, 14,0% e 56,0%. Em contrapartida, verificar-se-á um substancial acréscimo da população idosa (com 65-79 anos), cerca de 17,8%, bem como o grupo da população situada acima dos 80 anos, que crescerá 12,1%.

Portugal acompanha esta tendência, de tal modo que dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), indicam que a relação existente entre o número de idosos e o de jovens, por cada 100 indivíduos, que se traduz no índice de envelhecimento, registou um crescimento de 100,5%, em 2000, para 129,6%, em 2011. Trata-se, efetivamente, de um comportamento demográfico indiscutível das sociedades ocidentais, onde associado ao aumento da esperança média de vida está um decréscimo acentuado das taxas de natalidade, logo um duplo envelhecimento.

Este fenómeno de envelhecimento traz consigo repercussões quer em termos económicos, quer em termos políticos e sociais. Também as alterações sofridas ao longo do processo de envelhecimento, caracterizado por uma série de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no organismo ao longo da vida, desencadeiam uma diminuição fisiológica, psicológica e social, que tem um enorme peso no presente e no futuro de cada idoso.

O envelhecimento ativo (EA) surge como um conjunto de atitudes que se pode tomar no sentido de prevenir ou de adiar as dificuldades que o envelhecimento acarreta. A promoção da saúde desempenha um papel muito importante neste EA e é uma intervenção de enorme primazia para a prevenção e redução do impacto das principais doenças relacionadas com os estilos de vida (Moura, 2012a). Pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através do aperfeiçoamento de informação, educação para a saúde, melhoria de conhecimentos e reforço de competências e atitudes que preparem as pessoas idosas para uma vida saudável e as torne mais confiantes.

Assim, cabe ao Enfermeiro Comunitário (EC) incentivar o EA e conceber iniciativas no âmbito da promoção da saúde, não só influenciando os idosos a adotar comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas também capacitando-os para a sua participação em todo o processo de envelhecimento, em prol da sua autonomia, independência e de uma melhor qualidade de vida (QV).

Neste sentido, este trabalho cujo tema é **O Envelhecimento Ativo: Necessidade de Bem Envelhecer**, foi desenvolvido com a finalidade de dar a conhecer o planeamento em saúde em todas as suas etapas e pretendeu ser mais um contributo para a compreensão da importância da promoção do EA junto da população idosa. Decorreu no período de 01 de outubro de 2012 a 25 de janeiro de 2013, integrado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC), da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS), sob a orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira.

O planeamento em saúde surgiu integrado no estágio de planeamento em saúde realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Felgueiras, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Tâmega III Vale do Sousa Norte.

O objetivo principal deste trabalho consiste em promover o EA junto de todos os idosos, dos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, com idade igual ou superior a 65 anos. Para melhor orientação foi necessário traçar objetivos específicos e assim pretende-se:

- Caracterizar as condições sociodemográficas dos idosos;
- Conhecer hábitos alimentares dos idosos;
- Conhecer hábitos de sono e vigília dos idosos;
- Identificar hábitos nocivos dos idosos;
- 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 dos idosos;
- Avaliar a segurança dos idosos;
- Mensurar o nível de dependências dos idosos;
- Conhecer a QV dos idosos.

Para responder de forma adequada a estes objetivos efetuamos um estudo exploratório-descritivo, de carácter transversal, seguindo a metodologia de planeamento em saúde, com

recurso a um questionário, à escala de QV e ao índice de Barthel para obtenção dos dados necessários.

A população em estudo foi os idosos com idade igual ou superior a 65 anos que frequentam os centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras. Tendo em conta as alterações crónico-degenerativas causadas pelo envelhecimento que afetam a capacidade dos idosos, impedindo-os de desempenhar um grande número de funções, tornou-se impossível estudarmos todos os idosos, pelo que foi necessário recorrer a amostra utilizando o Mini Exame de Estado Mental (MEEM) para uma melhor selecção dos informantes.

Uma vez identificados os problemas dos idosos, foi selecionada como prioridade de intervenção as «quedas». Para tal, foi elaborado um programa e três projetos de intervenção, por forma a dar resposta aos objetivos traçados que surgiram após a priorização dos problemas, e cujo objetivo geral é reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam os centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, pertencentes ao estudo, até 2015. Estes projetos, iniciados por nós, terão continuidade pela equipa da UCC.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes distintas que se interligam, pois embora sejam abordados conceitos diversificados, todos se relacionam no sentido de dar resposta aos objetivos iniciais deste trabalho.

Assim, na primeira parte, fazemos um enquadramento teórico voltado para o envelhecimento, onde é abordado o envelhecimento demográfico, em especial o envelhecimento em Portugal, bem como as suas consequências na sociedade. Contextualizamos o EA e os diversos aspetos relacionados com o mesmo, de modo a abrilhantar o estudo. Apresentamos um breve descrição das políticas públicas de saúde para as pessoas idosas em Portugal, abordamos a promoção da saúde, o bem estar da pessoa idosa e o papel do EC na sua implementação. Para a abordagem do tema e sua sustentação teórica, realizamos um processo racional de pesquisa bibliográfica, com recurso a vários artigos, livros, teses e informação on-line, no sentido de impor maior rigor em todo o processo do estudo.

Na segunda parte, fazemos uma descrição de todo o estudo de planeamento em saúde nas suas diversas etapas: o diagnóstico de situação, através do qual se verificou a existência de várias necessidades, os problemas de saúde ordenados por prioridades, definição dos objetivos,

seleção de estratégias e os projetos de intervenção comunitária, bem como as atividades executadas para a viabilidade dos mesmos. O processo de planeamento em saúde não poderia ficar terminado sem a fase de avaliação de todo o trabalho desenvolvido, pois só assim será possível melhorar os programas, justificar as atividades realizadas e detetar insuficiências (Tavares, 1990). Nesta parte do trabalho foi ainda realizada a discussão dos resultados obtidos, confrontando-os com evidências empíricas já publicadas. Todos os gráficos resultantes do tratamento de dados foram concebidos recorrendo ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e à estatística descritiva.

O trabalho termina com a apresentação das considerações finais referenciando pontos principais de todo o processo, bem como um conjunto de recomendações para posteriores pesquisas nesta área do conhecimento. Expomos também as referências bibliográficas utilizadas durante a elaboração do presente trabalho e concluímos com a apresentação dos anexos que consideramos pertinentes para melhor compreensão do trabalho.

PARTE I –
NECESSIDADE DE BEM ENVELHECER

1. O ENVELHECIMENTO HUMANO

Nada é tão certo nas nossas vidas como o envelhecimento. Todavia, envelhecer não é sinal de velhice, mas uma degradação gradual e diferencial que afeta todos os seres vivos e que atinge o seu auge na morte do organismo. É um processo biológico progressivo e natural do desenvolvimento humano, caracterizado pelo enfraquecimento das funções celulares e pela diminuição da capacidade funcional, que varia consoante o contexto social e histórico de cada indivíduo (Fonseca, 2005).

Para Azeredo (2011), o envelhecimento não é um processo individual nem uniforme, existem sempre diferenças na velocidade com que os órgãos envelhecem. É um processo inevitável, e muitas vezes referido como um processo contínuo que tem início na concepção, atingindo o seu ponto mais alto no período denominado velhice.

Costa (1999), define dois conceitos de envelhecimento, normal e patológico, sendo que o envelhecimento normal é um processo de diminuição orgânica e funcional, decorrente de fatores genéticos e ambientais (embora variável de indivíduo para indivíduo), não resultante de acidente ou doença, e o envelhecimento patológico contrapõe-se ao conceito de envelhecimento normal.

Os efeitos do envelhecimento nem sempre são exatos, nem os órgãos nem as funções psicológicas envelhecem ao mesmo tempo. Trata-se de um processo diferencial que revela simultaneamente dois aspetos que devem ser levados em conta ao avaliarmos o estado de saúde dos idosos: os dados objetivos (degradação físicas, diminuição dos funcionamento perceptivos e mnésicos, etc.) e os dados subjetivos que constituem de facto a interpretação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Costa, 1999; Fontaine, 2000).

Assim, o envelhecimento consiste na mudança gradual da estrutura biológica, psicológica e social do indivíduo, que começa antes do nascimento e se desenvolve ao longo da sua existência na sociedade (Carvalho, 2012; Direção Geral de Saúde [DGS], 2004a).

Ao falarmos das características gerais do envelhecimento devemos ter em conta os diversos grupos de idade. Fontaine (2000), considera que o envelhecimento humano é composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social.

Considera-se que a idade cronológica é a que define a idade pelo nascimento e se baseia simplesmente no calendário (Costa, 1999; Fontaine, 2000), embora não deva ser um parâmetro para definir quem é idoso ou não. A idade cronológica apenas mede o tempo, consistindo numa forma uniformizada de contagem dos anos vividos, tendo somente um sentido legal e social.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Expressa-se pelas alterações estruturais e funcionais que acontecem no organismo (Costa, 1999). Biologicamente, o ser humano passa por uma série de etapas que vai desde a concepção até a morte, passando pelo nascimento, infância, maturidade e velhice, caracterizando-se pela diminuição e modificação gradual do funcionamento dos vários órgãos a ele relativos e da sua capacidade de autorregulação, influenciadas por fatores ambientais, genéticos, estilos de vida ou a fusão destes elementos (Rabelo & Assis, 2006).

As alterações sucedidas a nível biológico em fases mais avançadas do desenvolvimento, são, na maioria das vezes, aquelas que o sujeito mais valoriza no sentido de que este se concentra mais nas perdas do que nos ganhos. Com efeito, o nível de funcionamento biológico influencia o padrão global de saúde (funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social) (Fonseca, 2005).

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento biológico traduz-se pelo aumento de doenças, por alterações da nossa aparência, pela forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que surgem na nossa pele. Stuart-Hamilton (2000), considera o envelhecimento biológico como o desenvolvimento/degeneração física do corpo, em que todo indivíduo sadio que não sofreu acidentes vai atingir.

O envelhecimento psicológico refere-se à capacidade do indivíduo em tomar decisões e opções, em se ajustar a novos papéis, enfim, ao processo de envelhecimento e de senescência (Zimerman, 2000). Para Fonseca (2005), o domínio psicológico combina um conjunto de fenómenos, tais como as reações emocionais, a personalidade, o controlo, o autoconceito e os estilos de *coping*. A capacidade que o indivíduo tem para se adaptar a esse conjunto de fenómenos fará com que ele se modifique ao longo dos anos.

No que se refere ao envelhecimento social, Costa (1999) define como sendo “uma diminuição ou perda do papel que o indivíduo representa na família e sociedade” (p.44). Em alguns casos, são os distanciamentos sociais, a perda do poder de decisão, de

autonomia e independência, as alterações nos processos de comunicação e supervalorização do passado e as restrições económicas que afastam o idoso da sociedade e da vida ativa.

Torna-se aqui importante salientar que as várias idades (psicológica, biológica e social) nem sempre estão em conformidade com a idade cronológica, nem sempre traduz a verdadeira idade sentida pelo próprio e pelos outros. É necessário compreender a velhice em múltiplas dimensões, como processo inerente à vida.

Spirduso (1995), citado por Farinatti (2008), categoriza as idades em: indivíduos de meia-idade (45 a 64 anos); idosos-jovens (65 a 74 anos); idosos (75 a 84 anos); idosos-idosos (85 a 99 anos); e extremamente idosos (mais de 100 anos). Alguns estudos sobre o envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. Atribui-se o termo idosos jovens a pessoas de 65 a 74 anos, que habitualmente são as que estão ativas e enérgicas; os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, que normalmente são aqueles que têm maior propensão para a fraqueza e para a enfermidade, podendo ter dificuldade para desempenhar algumas atividades de vida diária (AVD's) (Oliveira 2005; Papalia, Olds & Feldman, 2006; Pinto, 2001).

Segundo Debert (1999), os estágios de envelhecimento são baseadas na idade e no nível de independência funcional dos idosos. Neste sentido, considera a seguinte divisão: jovens idosos (65-75 anos); idosos-idosos (acima de 75 anos) e idosos mais idosos (com mais de 85 anos).

É ainda possível dividir as pessoas acima dos 65 anos em “terceira idade” e “quarta idade”, sendo que “a ‘terceira idade’ se refere a um estilo de vida ativo e independente na velhice, e ‘quarta idade’, a um período final, de dependência em relação aos outros” (Stuart-Hamilton, 2000, p.21). No entanto isto nem sempre acontece, visto que existem indivíduos enquadrados na “quarta idade” que são completamente independentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosos as pessoas com mais de 65 anos de idade que residam em países desenvolvidos, e com mais de 60 anos de idade, pessoas que residam em países em desenvolvimento (Zimmerman, 2000).

Nesta perspetiva, concluímos que o envelhecimento é um fenómeno enérgico associado a um conjunto de fenómenos biopsicossocial, que surge em função do tempo e que se agrava com o passar do mesmo. É uma etapa da vida com realidades próprias, que leva decerto a constantes mudanças e limitações. Contudo, é um processo pessoal, tendo cada idoso as suas próprias características, personalidades e forma de envelhecimento. Entendemos que a categorização das idades varia de autor para autor. Entre idosos, cada pessoa terá que ser avaliada cuidadosamente, a partir de critérios específicos, ligados sobretudo à capacidade de adaptação ao meio e ao reconhecimento dos diversos fatores suscetíveis de favorecer ou prejudicar essa adaptação (Costa, 1999; Stuart-Hamilton, 2000).

1.1. Envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico não é um acontecimento dos nossos dias. Desde tempos passados tem sido uma preocupação constante das sociedades, devido a alterações notórias da estrutura etária que se tem vindo a observar.

O fenómeno do envelhecimento demográfico é uma tendência do século XXI e vem sendo responsável pela alteração na estrutura populacional. Define-se por uma constante redução da geração mais jovem a favor da geração mais velha. Todavia, somente nas últimas décadas tem vindo a despertar a atenção das sociedades nacionais e mundiais para problemas sociais, económicos e políticos.

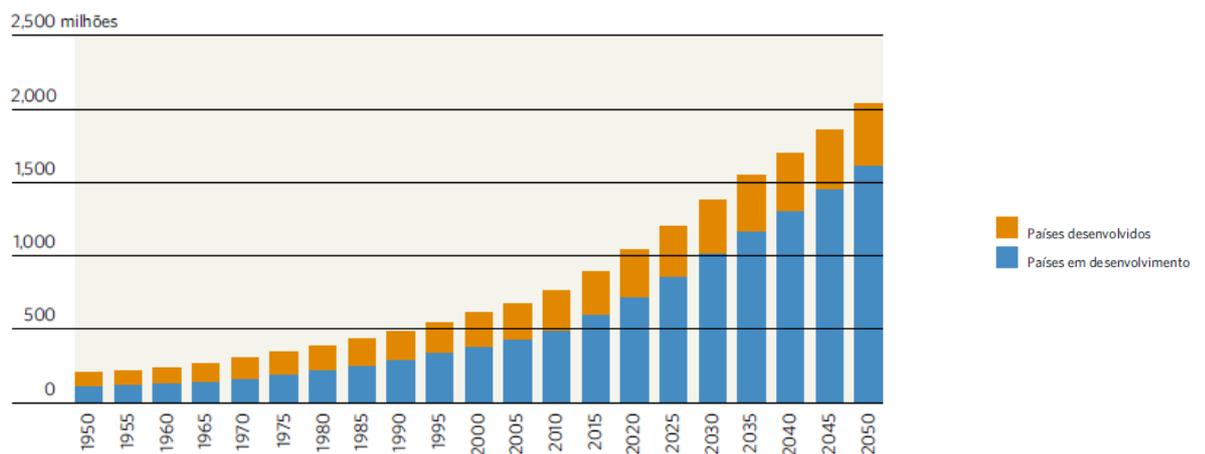
Nazareth (2009), refere que o fenómeno demográfico emergiu na metade do século XX, a partir das sociedades desenvolvidas, devido à evolução industrial, tecnológica e da medicina (vacinas, antibióticos, entre outros). Contudo, há 40/50 anos atrás, envelhecer não era considerado um problema, mas um fenómeno natural, na medida em que o retrato que a sociedade tinha da população idosa era divergente daquele que se tem hoje. Isto porque ser-se velho era ser-se onisciente, portador de uma história e de uma cultura, era possuir uma fonte inesgotável de conhecimentos, sabedorias e experiências, resultantes de uma passagem pelas várias etapas da vida, que deveria transmitir às gerações mais novas, que acolhiam sem oposição (Costa, 1999; Minois, 1999, cit. por Azeredo, 2011).

O processo do envelhecimento demográfico encontra-se em fase crescente. As suas principais razões tiveram início com a segunda guerra mundial e derivaram sobretudo da

redução da fecundidade, da diminuição da mortalidade e da migração interna e internacional (por razões económicas e políticas). Foram, desde então, alcançados progressos no controlo da mortalidade neonatal e infantil, na diminuição da taxa de natalidade, na melhoria na alimentação e nas condições de vida, nos aspetos básicos sanitários e no controlo de algumas doenças infetocontagiosas. De referir ainda, as mudanças no processo de urbanização (concentração urbana e no conseqüente esvaziamento do mundo rural), a maior participação das mulheres na vida ativa, as mudanças da estrutura e da composição das famílias. Essa combinação de fatores tem resultado em número e em proporção cada vez maiores de pessoas que atingem estágios avançados da vida.

O processo deu-se de forma diferente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos foram necessários anos para estabilizar a taxa de natalidade (implementação de estratégias tais como: redução da desigualdade socioeconómica, execução de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades, entre outras), nos países em desenvolvimento, a estabilização da taxa deu-se num curto período de tempo, conforme ilustra o Gráfico 1.

Gráfico 1. Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050



Fonte: Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012

Em 1950, segundo dados do UNFPA (2012), havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões, constituindo 11,5% da população global.

A nível mundial, o grupo de pessoas com 60 anos ou mais, em 2025 será superior a 1,1 bilião, o que significa um aumento de 224% a contar de 1975. Prevê-se que, durante esse mesmo período, a população total mundial aumentará de 4,1 biliões a 8,2 biliões, ou seja, 102%. Em 2100, a população atingirá os 10,1 biliões, chegando a 9,3 biliões em meados deste século. Essencialmente todo o crescimento ocorrerá nos países menos desenvolvidos e será predominantemente entre as populações mais pobres em áreas urbanas (UNFPA, 2012; WHO, 2005).

Nessa altura, os homens de 60 anos de idade poderão esperar viver uma média de 17 anos a mais nas regiões desenvolvidas e de 16 anos nas regiões em desenvolvimento e as mulheres poderão esperar viver mais 18 e 21 anos, respetivamente.

Ainda segundo dados da UNFPA (2012), no mundo, a cada segundo, 2 pessoas celebram seu sexagésimo aniversário - um total de quase 58 milhões de pessoas que atingem os 60 anos. Relativamente ao número de centenários, de 316.600, em 2011, passará para 3,2 milhões em 2050. Os idosos serão assim população numerosa e como tal deverão ser elaboradas estratégias que permitam aproveitar em todos os sentidos as suas capacidades e potencialidades.

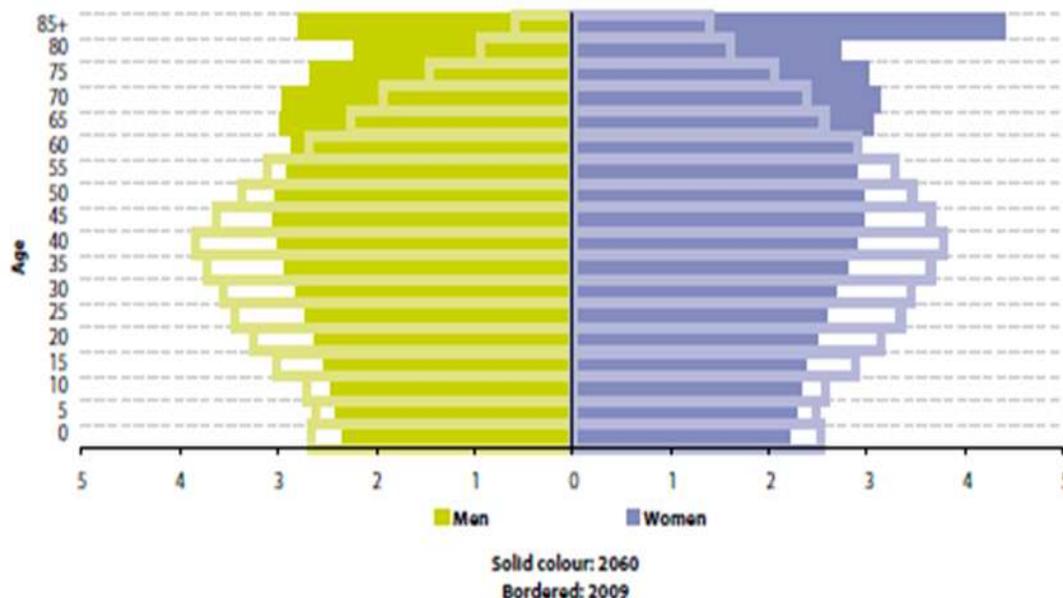
1.1.1. Envelhecimento em Portugal

De acordo com as previsões do departamento de estatística da União Europeia (Eurostat, 2011), a Europa segue a tendência mundial no que se refere ao fenómeno envelhecimento populacional. Segundo a Comissão da União Europeia (2006), esse fenómeno decorre de várias tendências demográficas simultâneas: número médio de filhos por mulher (1,5 filhos na União Europeia, em 2006, um número inferior aos 2,1 necessários para manter a população ao mesmo nível. A UE prevê para 2030 uma taxa de 1,6), declínio da fecundidade, aumento da esperança de vida (que aumentou 8 anos, entre 1960 e 2006 e poderá aumentar 5 anos, entre 2006 e 2050) e a imigração (1,8 milhões de imigrantes com destino à UE em 2004, 40 milhões em 2050).

Em 2009, a população europeia já registava menos jovens e mais idosos, mas o grupo predominante era o dos jovens. No ano 2060, o número dos jovens continuará a diminuir e o número de idosos aumentará, sendo o grupo predominante o dos idosos. Assim, segundo

a Comissão da União Europeia (2006), as alterações demográficas encurtarão ligeiramente a população total da Europa, que se tornará muito mais idosa, conforme se pode confirmar no Gráfico 2.

Gráfico 2. Pirâmide populacional. EU-27



Fonte: Eurostat, 2011

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial que se repete também em Portugal, visto que se tem vindo a caracterizar por mudanças na proporção dos grupos etários, principalmente na proporção dos jovens e dos idosos. É evidente o decréscimo da percentagem de jovens e o aumento significativo dos idosos. A proporção de adultos tem vindo a manter-se, verificando-se uma predisposição para a redução, uma vez que os jovens adultos serão cada vez menos.

Segundo dados provisórios do INE (2012), em 31 de dezembro de 2010, a população residente em Portugal foi estimada em 10 561 614 indivíduos, dos quais 5 047 387 eram homens e 5 514 227 mulheres, o que significa que na última década a população aumentou cerca de 2%.

Ainda segundo dados do INE (2012), podemos verificar que em 1980, Portugal apresentava-se com 25,8% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,3% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2010, o

peso dos idosos (população com 65 anos ou mais) atingiu os 18,0%, enquanto a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu para 15,2%, conforme elucida a Tabela 1.

Tabela 1.

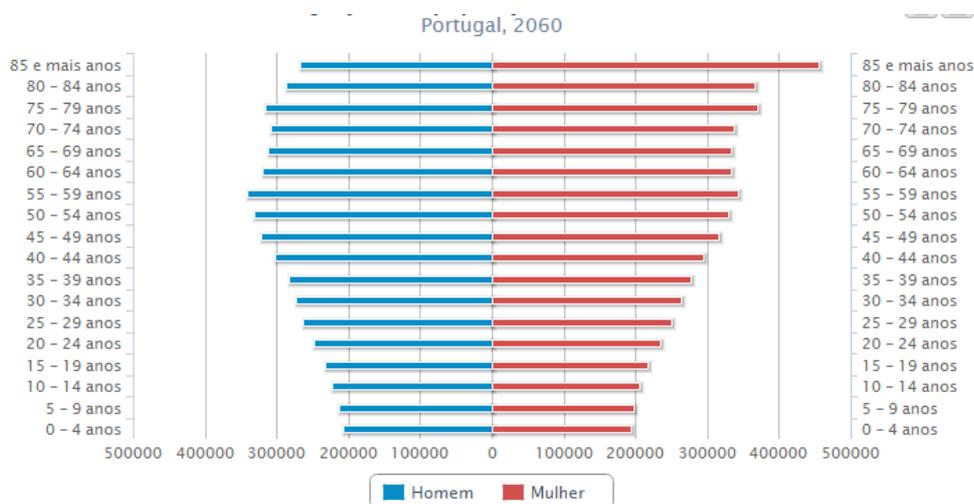
População residente: total e por grandes grupos etários (%) proporção (%)

Tempo	Grandes Grupos Etários		
	0-14 anos	15-65 anos	65 anos ou +
1970	28,7	61,8	9,4
1980	25,8	62,9	11,3
1990	20,4	66,2	13,4
2000	16,1	67,7	16,2
2002	15,8	67,5	16,6
2004	15,7	67,4	16,9
2006	15,5	67,3	17,2
2008	15,3	67,2	17,5
2009	15,2	67,0	17,8
2010	15,2	66,8	18,0

Fonte: Eurostat, 2011; INE, 2012; Pordata, 2012

A pirâmide etária referente à população portuguesa ilustra bem essa transformação demográfica, conforme indica a Gráfico 3. É notório o estreitamento da base da pirâmide, ao mesmo tempo que acontece o alargamento do topo, traduzido pela baixa de natalidade (estreitamento na base), pelo aumento do número de idosos (alargamento no topo) e consequentemente aumento na esperança média de vida.

Gráfico3. Projeções da população residente (nº)



Fonte: INE, 2012

Assim, em 2060, verificamos uma diminuição significativa dos grupos etários com menos de 20 anos, contrastando com o crescente aumento dos grupos etários com idade superior a 25 anos, sendo que o crescimento do grupo etário composto por indivíduos com 65 ou mais anos tenha sido ainda mais relevante.

1.1.2. Consequências epidemiológicas da população idosa

O fenómeno do envelhecimento tem vindo a constituir novos desafios e problemas para as sociedades contemporâneas, pelo facto de trazer consequências ao nível social, económico e político (Jacob, 2007; Moura, 2012b; Simões, 2006, cit. por Moura 2012b).

Um dos efeitos que se revelam preocupantes está relacionado com a fragilidade da sustentabilidade financeira, devido a questões de longevidade e diminuição da população contribuinte. Com o envelhecimento da população, Portugal registou em 1970, uma esperança média de vida de apenas 12,2% para os homens e 14,6% para as mulheres, enquanto em 2010 atingiu 20,1 % para as mulheres e 16,8% para os homens, conforme esclarece a Tabela 2. Esse aumento extraordinário da duração média de vida além de influenciar as mudanças de configuração das pirâmides demográficas, que representam os progressos do envelhecimento, obriga-nos a repensar e criar condições adequadas a situação.

Tabela 2.

Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo-Portugal ano (idade) – média

Tempo	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
1970	13,7	12,2	14,6
1980	14,7	13,1	16,1
1990	15,7	14,0	17,1
2000	17,0	15,2	18,6
2002	17,6	15,7	19,2
2004	17,8	16,0	19,3
2006	18,0	16,1	19,5
2008	18,2	16,4	19,7
2009	18,5	16,6	19,9
2010	18,6	16,8	20,1

Fonte: INE, 2012; Pordata, 2012

Se por um lado, podemos considerar o aumento da população idosa como fenómeno positivo, na medida em que revela um aumento da esperança média de vida, por outro, o fenómeno de envelhecimento torna-se preocupante, no sentido em que traz consigo uma série de problemas a resolver (Portela & Caldas, 2003; Vara, 2012).

As alterações do organismo humano são um desses fenómenos. Com o desabrochar dessas alterações, dá-se forçosamente um aumento de dependências dos idosos (mais idosos vivendo em instituições), um aumento das despesas públicas, das pensões e das reformas, bem como uma diminuição da proteção social, como podemos avaliar na Figura 1, alterações significativas nos aspetos económicos, sociais e orçamentais de grande gravidade para a população mundial (Oliveira, 2005).

Figura 1. Caixa Geral de Aposentações: receitas e despesas/pensões de aposentação, reforma e invalidez – Portugal Euro – milhares



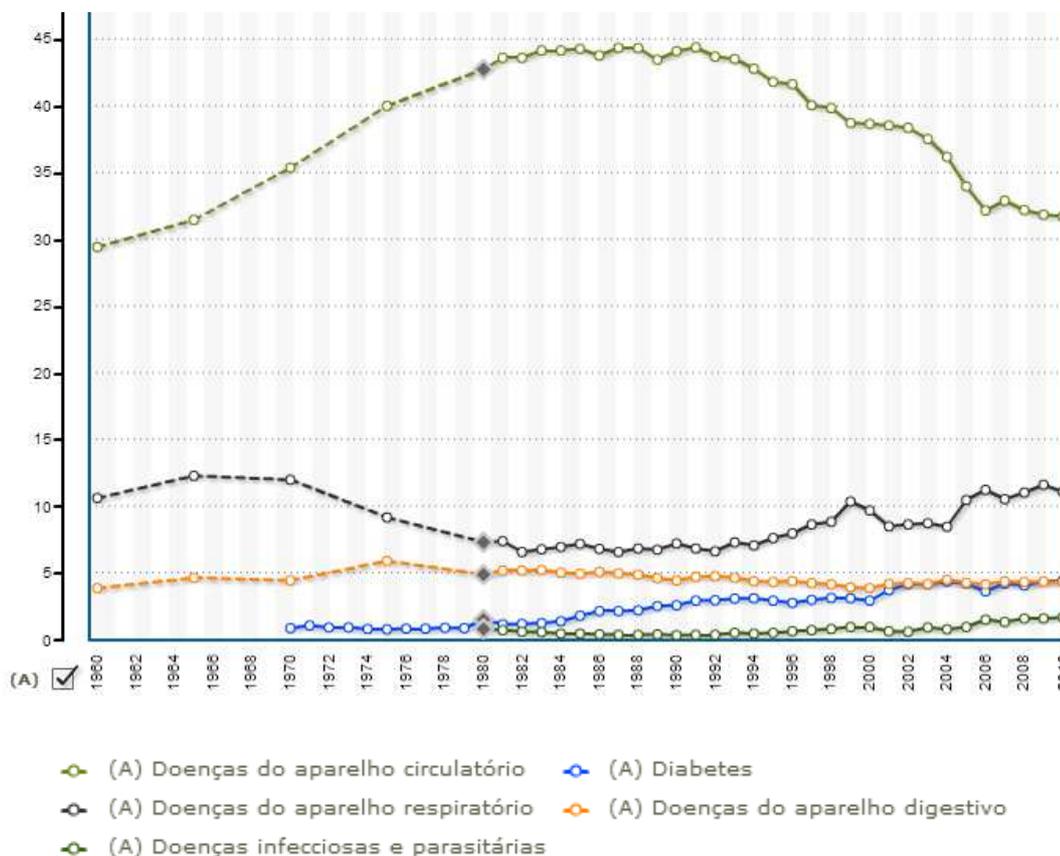
Fonte: Pordata, 2012

Uma das mais notáveis consequências do vertiginoso envelhecimento populacional deu-se ao nível do setor da saúde. Sabemos que o aumento dos anos vividos nem sempre acompanha com a mesma proporção uma melhor QV, isso porque com o aumento da idade surgem as doenças crónicas que exigem mais serviços de saúde, mais gastos em medicamentos e tratamentos. As incapacidades provocadas pelos processos degenerativos requerem investimentos consideráveis, trazendo consigo repercussões sobre as esferas sociais, demográficas e alterações nas estruturas familiares (Azeredo 2011; Oliveira, 2005).

As doenças crónicas não transmissíveis, resultantes de fatores relacionados com estilos de vida, estão a aumentar e constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade (DGS, 2004b; Pereira *et al.*, 2006). Doenças cardíacas, diabetes, cancro e doenças do foro neurológico, depressa se estão a tornar as principais responsáveis de outras doenças e de incapacidade, em todo o mundo.

Em 1960, as doenças cardiovasculares representavam 29,5% dos óbitos registados, enquanto as doenças do aparelho respiratório eram responsáveis por 10,7% das mortes. Em 2010, e segundo dados do INE (2012), as doenças cardiovasculares passaram a representar 31,8% dos óbitos, enquanto as doenças do aparelho respiratório passaram a ser responsáveis por 11,1% das mortes, consoante nos mostra a Gráfico 4. Segundo Ramos (2003), se as doenças não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos comprometerão a independência e a autonomia do indivíduo.

Gráfico 4.
Óbitos por algumas causas de morte (%) proporção - %



Fonte: INE, 2012; Pordata, 2012

Outra das consequências do envelhecimento demográfico está relacionada com o mercado de trabalho. A sociedade atual, face a uma economia de mercado voltada para a produtividade e para os lucros, passou a desvalorizar os mais velhos considerando-os “pouco eficazes” (visto que o envelhecimento está associado perdas de capacidades para o trabalho), rotulando-os como “meros” consumidores (Azeredo, 2011; Bellusci & Fisher, 1999, cit. por Fernandes, 2012; Grande, 1994).

Efetivamente, o processo de envelhecimento não é apenas morfológico e fisiológico, também é temporal, uma vez que ocorrem alterações no sistema de temporização. De uma maneira geral, surgem alterações no sono, o ciclo vigília/sono apresenta-se mais fragmentado, com uma incidência maior de despertares noturnos e sonos diurnos (Carskadon, Vieira & Acebo, 1982, cit. por Menna-Barreto & Wey, 2007). Tais fenómenos associam-se à fadiga crónica e a sintomas ansiosos e depressivos (Azevedo, 1980; Silva, 2000, cit. por Fernandes, 2012), como resultado atenuam o desempenho e a perceção da capacidade para o trabalho.

Associada a esse facto, surge a reforma, que mais uma vez assinala a separação do idoso para com a sociedade. O idoso que viveu uma vida em constante socialização vê-se de repente separado de uma vida profissional ativa, da relação dos colegas e amigos. Naturalmente, o idoso distanciado do seu trabalho concentra-se nos familiares (quando estes existem e o apoiam), reduzindo a sua rede social. Como alternativa, os idosos recorrem à institucionalização, pois normalmente os cortes com o meio físico e social é de tal maneira intenso que os obriga a uma nova reestruturação de papéis sociais (Fernandes, 1997; Carrajo, 1999; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, cit. por Pereira, 2012).

Uma outra ocorrência que acompanha o envelhecimento da população relaciona-se com o aumento do género feminino em toda a parte do mundo, onde Portugal, mais uma vez, não é exceção. No passado, a principal causa de morte das jovens mulheres era a gestação, o parto e o pós-parto (devido a infeções puerperais), contudo, após o desenvolvimento dos métodos de controlo de natalidade, a mortalidade feminina começou a reduzir, atingindo a tendência atual para o aumento do número de mulheres, como confirma a Tabela 3.

Tabela 3.

Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo ano (idade) – média

Tempo	Sexo	
	Masculino	Feminino
1980	13,1	16,1
1990	14,0	17,1
2000	15,2	18,6
2002	15,7	19,2
2004	16,0	19,3
2006	16,1	19,5
2007	16,3	19,6
2008	16,4	19,7
2009	16,6	19,9
2010	16,8	20,1

Fonte: INE, 2012; Pordata, 2012

Outros fatores, entre os quais a menor exposição da mulher ao álcool e ao tabaco, a maior taxa de doenças crónicas nos homens do que nas mulheres, a predisposição da mulher para a longevidade e a redução da mortalidade de parturientes (no parto ou pós-parto) muito comum no século XIX, contribuíram para o aumento do número de mulheres (Guimarães, 2010; OMS, 2002; Timo-Iaria, 2012). Embora esse facto tenda a mudar, uma vez que as mulheres, hoje em dia, comecem a estar tanto ou mais expostas aos mesmos fatores de risco que os homens, ainda é uma realidade na sociedade contemporânea, pelo que é necessário toda a atenção, sobretudo se tivermos em conta que a mulher é substancialmente mais sensível, mais suscetível a dependência económica, depressões, stresse e solidão (OMS, 2002; UNFPA, 2012).

2. ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento faz parte do processo natural da vida e a sua tendência tem vindo a aumentar progressivamente em consequência do contínuo decréscimo da taxa de natalidade, da redução da taxa de mortalidade e do aumento da esperança média de vida (Azeredo, 2011; Costa, 1999).

Torna-se fundamental, perante o envelhecimento da população, que esse processo seja vivenciado de uma forma mais positiva, favorável e otimista, para que desse modo possamos obter benefícios em todos os níveis, essencialmente ao nível da saúde.

O conceito de EA surgiu pela primeira vez da OMS e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Define-se como “um processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o fim de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.13).

Para a OMS, o EA deve potencializar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, assim como a sua participação na sociedade em todos os domínios (social, económico, cultural, espiritual e cívico), e não apenas na capacidade da pessoa permanecer fisicamente ativa ou participar no mercado de trabalho (WHO, 2002).

Moura (2012a), define o EA como “um conjunto de atitudes e reacções que se podem tomar no sentido de prevenir ou de adiar as dificuldades que o envelhecer inevitavelmente acarreta” (p.90). Da mesma forma, Azeredo (2011) considera que envelhecer ativamente é gerar estratégias e atividades adequadas que permitam compensar as perdas resultantes do processo de envelhecimento.

Envelhecer ativamente significa o ensejo dos mais velhos em continuarem a trabalhar e repartir as suas experiências, em desempenharem um papel ativo na sociedade e de viverem as suas vidas de uma forma mais benéfica e completa. Significa manter-se independente quer nas AVD's, quer nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's), valorizando as suas competências, aumentando a QV e a promoção da saúde (Lemos & Medeiros, 2002, cit. por Moura, 2012a; Moura, 2012a).

O principal objetivo do EA é aumentar a esperança de uma vida saudável e a QV de todos os que envelhecem, sobretudo os mais frágeis fisicamente, incapacitados e que por alguma razão necessitam de cuidados (OMS, 2005). Um envelhecimento saudável é fundamental para que as pessoas mais idosas possam manter-se ativas, autónomas, com uma QV suportável, afirmando assim o seu papel na sociedade (DGS, 2004a; Paúl, 2005, cit. por Sequeira, 2007). Como nos diz Amorim e Coelho (1999), cit. por Imaginário (2004), “não só a cura e a sobrevivência são importantes, mas é-o ainda mais a qualidade de vida” (p.55).

Donald (1997), referido por Jacob (2007), formulou cinco aspetos fundamentais para definir o conceito de QV nos idosos: 1) bem-estar físico (comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança); 2) relações interpessoais (família, amigos e comunidade); 3) desenvolvimento pessoal e intelectual; 4) recreativas (socialização, entretenimento passivo e ativo); 5) atividades espirituais e transcendentais (simbólica, religiosa e o autoconhecimento).

Jacob (2007), considera que a QV depende também de outros fatores essenciais, tais como: *i)* dispor de autonomia para o desempenho das atividades diárias; *ii)* preservar relação familiar e extra familiar; *iii)* possuir suporte económico suficiente; *iv)* manter-se ativo através de atividades lúdicas e recreativas.

No sentido de clarificar o conceito de QV, um painel internacional de peritos, nomeado pela OMS (1994), conhecido como grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Measures), debateu esta questão e definiu QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p. 28).

Em 2012, através da Decisão nº 940/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho de 14 de setembro de 2011, o Parlamento Europeu aprovou o ano europeu do EV e da solidariedade entre gerações. O seu objetivo foi facilitar a criação de uma cultura de EA na Europa, baseada numa sociedade para todas as idades.

O desafio para a sociedade em geral e para os políticos, seria promover e melhorar o EA, intervindo em áreas como o emprego, os cuidados de saúde, os serviços sociais, a educação de adultos, o voluntariado, a habitação, a informática e os transportes; sensibilizar para

estas questões e para a melhor forma de as abordar, mas acima de tudo incentivar os responsáveis a estabelecerem objetivos e a tomar medidas para os alcançar.

Estudos demonstram que à medida que se envelhece, e apesar do avanço da medicina, as doenças e as incapacidades tornam-se mais habituais e novos desafios são colocados aos profissionais de saúde, nomeadamente, problemas relacionados com a QV. Na realidade, quando falamos em QV em idosos, falamos em aspetos como a capacidade de manter a autonomia, a independência, a inclusão social, o apoio formal e informal, a segurança ambiental e a saúde (Rebelatto & Morelli, 2004), características imprescindíveis para um envelhecimento saudável.

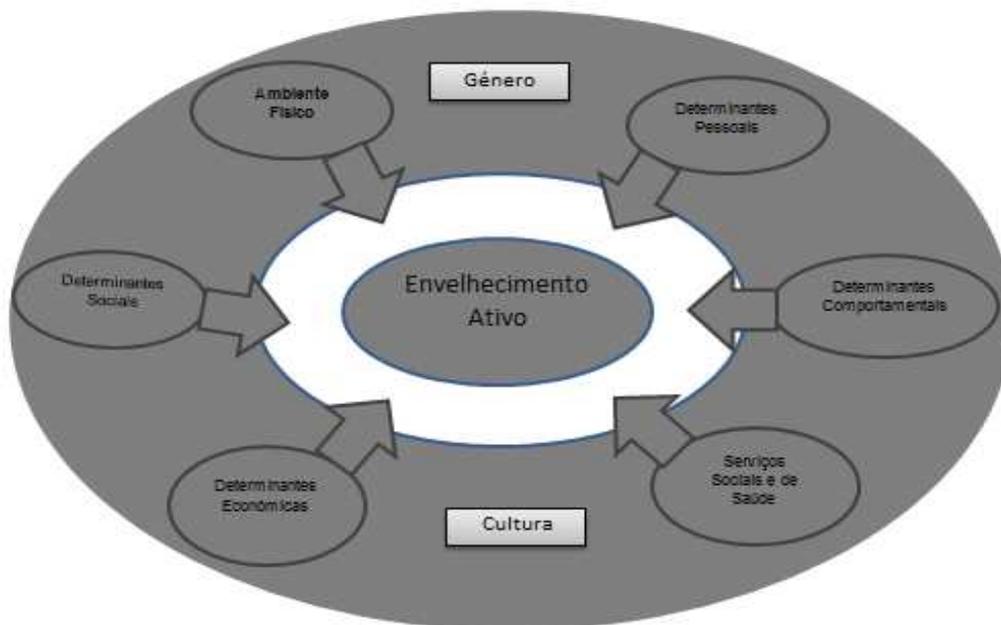
Define-se autonomia como a capacidade de decisão, autogoverno, de comando sobre as nossas ações. Independência é a capacidade de realizar algo com os nossos próprios meios, desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária sem auxílio de terceiros, possibilitando uma vida independente na sociedade (Papaléo Netto, 2002). Estes dois conceitos, embora distintos, relacionam-se entre si.

A independência de um idoso é prejudicada, quando as suas incapacidades físicas ou mentais dificultam a realização de tarefas básicas da vida quotidiana, como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, ir à casa de banho, lavar-se, subir escadas, bem como, controlar esfíncteres. A independência não se encontra em todas as pessoas idosas, dado que alguns idosos necessitam de ajuda de outros para realizar determinadas tarefas. A presença de alguns obstáculos, tais como, a solidão e a reforma, facilmente promovem a dependência dos idosos (Imaginário, 2004). Por conseguinte e com o intuito de conseguirmos um EA, é fundamental obtermos a manutenção da autonomia e o máximo de independência possível e, em última análise, a melhoria da QV.

2.1. Fatores determinantes do envelhecimento ativo

O EA depende de um conjunto de determinantes, preconizado pela OMS, que envolve não apenas os indivíduos mas também as famílias e as sociedades (DGS, 2004a), e que são: comportamentais, pessoais, ambiente físico, ambiente social, económico, sistemas de saúde e serviço social, cultura e género, de acordo com a Figura 2.

Figura 2. Os determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: OMS, 2005, p.19

Os determinantes comportamentais relacionam-se com a adoção de estilos de vida saudáveis, tais como a prática de exercício físico, elucidação para uma correta alimentação, boa higiene oral e hábitos nocivos.

As medidas relativas aos determinantes pessoais que influenciam o processo de envelhecimento são a biologia e a genética. Uma vez que o envelhecimento consiste na deterioração funcional, progressiva e generalizada, produz perdas de respostas adaptativas às situações de stress e um aumento significativo de doenças crónicas, relativas à velhice. Outras medidas serão a combinação de fatores, como o estilo de vida, a capacidade para enfrentar situações adversas, a falta de motivação e de autoconfiança (WHO, 2005).

Relativamente aos determinantes físicos, os ambientes físicos poderão representar a diferença entre a dependência e a independência. Pessoas que moram em ambientes de risco, com barreiras físicas, estão mais suscetíveis a não saírem do seu ambiente e, conseqüentemente, estão mais sujeitas ao isolamento, à depressão e a incapacidades motoras. Os obstáculos do ambiente são ainda a principal causa para as frequentes quedas a que os idosos estão sujeitos. Devem ser desenvolvidas medidas no sentido de facilitar a mobilidade e a independência do idoso para evitar o isolamento e a solidão.

Os determinantes sociais estão relacionados com o apoio social, a educação, a aprendizagem permanente, a paz e a proteção contra a violência e maus-tratos. Associam-se aos idosos analfabetos, que vivem inseguros, vitimados por abuso ou violência e isentos de apoio social. Tais situações de conflito aumentam o risco de incapacitação e morte prematura (António, 2012; WHO, 2005).

No que concerne aos determinantes económicos, três aspetos são relevantes sobre o EA: a renda, a proteção social e o trabalho. A existência ou não de um emprego, de uma casa ou de outras fontes, são fatores essenciais para a saúde, bem como a pobreza, uma vez que é um fator condicionante ao acesso a recursos de saúde. Dessa forma, depreende-se que a saúde mantém-se diretamente relacionada com o nível económico. Medidas de combate à pobreza e facilitadoras de inclusão social, deverão ser empregues concebendo condições de trabalho e acesso à proteção social (António, 2012).

Igualmente, valores culturais e o género, influenciam todos os outros determinantes. É possível encontrar uma variada complexidade cultural que interfere na forma de envelhecer das pessoas e das populações. Quanto ao género, “é uma ‘lente’ através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres” (WHO, 2005, p.20).

Todos os determinantes, bem como a interação entre eles, estão intimamente ligados à saúde e ao bem-estar do indivíduo e condicionam o EA. Constituem o referencial para a ocorrência de doenças, para a qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações (DGS, 2004a; Fonseca, 2004). Assim, os determinantes surgem como um dado importante que influencia a longevidade, interfere positiva ou negativamente na QV dos indivíduos, assim como promove um envelhecimento mais ou menos saudável e que, no caso dos idosos, pode acarretar situações mais gravosas num período de mais perdas (Fonseca, 2004).

Os determinantes de saúde sobrepõem-se, permitindo perceber como diferentes níveis de intervenção política têm impacto na saúde individual e das populações: *i)* o primeiro nível visa a melhoria de condições socioeconómicas, culturais e ambientais, através de medidas estruturais profundas e a longo prazo; *ii)* o segundo nível volta-se para melhoria das condições sociais e materiais de vida e de trabalho, através do desenvolvimento de serviços e recursos; *iii)* o terceiro nível procura fortalecer o suporte social e comunitário em

proximidade com o cidadão; *iv*) e o quarto nível procura influenciar os estilos de vida e atitudes individuais (DGS, 2004b).

Em 2005, a OMS estabeleceu como metas para a promoção do EA garantir três pilares: saúde, participação e segurança.

1) Saúde

- Prevenir e reduzir deficiências em excesso, doenças crónicas e mortalidade prematura;
- Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que favoreçam a saúde durante a vida;
- Desenvolver serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e adequados para a terceira idade, que aborde as necessidades e os direitos dos homens e mulheres em processo de envelhecimento;
- Fornecer conhecimento para cuidadores formais e informais sobre o EA.

2) Participação

- Propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida;
- Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento económico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades;
- Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária.

3) Segurança

- Assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos, através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos;
- Reduzir as desigualdades nos direitos à segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas.

2.2. Políticas públicas sociais para pessoas idosas

Por políticas públicas sociais entende-se um “conjunto de intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997, p.139).

Políticas e programas de EA requerem ações nos três pilares de EA. Portugal tem vindo a desenvolver medidas nesse âmbito, ao criar programas e políticas que promovam o EA, a QV, o bem-estar das pessoas idosas e a inclusão social, para além de reconhecer a importância dos idosos nas comunidades. Assim, em 1969, com o intuito de contribuir para uma definição de política social para idosos, realizou um seminário intitulado política para a terceira idade, que tinha como objetivo evitar a rotura entre as condições de vida do período ativo e as do período inativo. Tal rotura seria nociva em todos os sentidos, não só sob o ponto de vista individual, como sob o ponto de vista do equilíbrio da família e ainda sob o ponto de vista dos encargos que são exercidos sob diversas formas (Fernandes, 1997).

Em 1974, surgiu o Programa de Acção do II Governo Provisório, voltado para “novas providências na invalidez e velhice ... criação de pequenas residenciais para acolhimento de idosos sem família e remodelação dos asilos de terceira idade” (Fernandes, 1997, p.144). Derivado das várias políticas sociais, as instituições criadas foram sendo orientadas pelos princípios da prevenção de dependência e integração dos idosos na sociedade (Fernandes, 1997).

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004a), com intuito de dar resposta ao crescimento da população, veio desmistificar o estereótipo negativo associado ao idoso e ao próprio envelhecimento e mudar atitudes que condicionam a intervenção adequada à problemática das pessoas idosas. O programa visa não só a promoção de hábitos de vida saudáveis, bem como um envelhecimento ativo da população ao longo da vida, estimulando as capacidades das pessoas idosas, a sua participação ativa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência, bem como adequar os cuidados de saúde às novas necessidades das pessoas idosas.

As políticas que permitam agilizar ações junto dos idosos, facilitadoras da sua autonomia e independência, disponíveis e sensíveis às necessidades mais frequentes desse grupo populacional, bem como das suas famílias, permitem reduzir custos, evitar dependências, instruir os cuidados e adaptar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população.

É altura para deixarmos de associar o idoso à doença, à dependência e à falta de produtividade. São necessárias políticas públicas que reflitam e mudem a maneira de

pensar, que envolvam os idosos em atividades que promovam a sua participação em vários cenários da sociedade, garantindo-lhes poder de decisão para questões que lhe dizem respeito. Assume-se cada vez mais a importância das políticas e programas de saúde que se centrem no desenvolvimento do EA, na promoção da saúde e na prevenção da doença.

2.3. Promoção da saúde e do bem-estar na população idosa

A base da prevenção das consequências negativas do envelhecimento e do contributo do EA deverá assentar sobretudo em planos de intervenção para a promoção de saúde e do bem-estar das pessoas idosas.

Promover a saúde é aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar, assegurando os meios necessários para o fazerem. É um processo global, que abrange não só as ações que visam reforçar as aptidões e capacidades dos indivíduos, mas também as medidas que visam modificar a situação social, ambiental e económica, de modo a minimizar os seus efeitos negativos sobre a saúde pública e sobre a saúde das pessoas (OMS, 1998). É um processo participativo que envolve outros setores e baseia-se nas combinações de múltiplas estratégias (OMS, 2001).

A promoção da saúde, através do investimento e da intervenção, deve ter impacto nos determinantes de saúde, de modo a fomentar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e desenvolver o potencial social e económico (WHO, 1997).

Assim, promover a saúde constitui uma estratégia para:

- Capacitação de pessoas e comunidades, incentivando a responsabilidade partilhada por todos pela própria saúde, que é vista como um bem comum;
- Redução do impacto negativo de alguns determinantes sociais de saúde;
- Respeito pelas dimensões da saúde: física, mental, social e espiritual;
- Redução do desperdício, poupando recursos aos cuidados curativos e de reabilitação. (DGS, 2004b, p.5) a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986).

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986).

Ao longo do presente trabalho, referimos que o progressivo envelhecimento contribui para o despoletar de alguns problemas de saúde, tais como, doenças crónicas e degenerativas, perda de independência funcional e deterioração da QV. O envelhecimento da população constitui, assim, novos desafios em termos sociais, culturais e económicos. A promoção da saúde, do bem-estar e da QV são objetivos essenciais no envelhecimento bem-sucedido, no entanto, para se atingir tais propósitos torna-se imprescindível que o idoso aprenda a aceitar as transformações do seu corpo (aproveitando ao máximo as suas potencialidades, únicas e distintas, próprias do envelhecimento, tais como a crescimento pessoal e social, responsabilidade e serenidade), a mudar perceções, comportamentos e atitudes, de modo a prevenir deficiências na saúde e a promover a sua autonomia.

Na verdade, a maioria das pessoas é muito capaz de se adaptar, à medida que envelhece, e permanecer independente até uma idade avançada. Muitos idosos podem continuar a realizar trabalhos remunerados ou não, gerando, na maioria das vezes, substanciais benefícios para os mesmos, reduções de custos e contributos para a sociedade. Segundo a Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (1997), “o trabalho pode influenciar a saúde e a doença ... pode ser fonte de desenvolvimento pessoal e reforçar competências e as capacidades individuais” (Fernandes, 2012, p.229).

Promover o envelhecimento activo significa criar melhores oportunidades para que as mulheres e os homens mais velhos desempenhem o seu papel no mercado de trabalho, combater a pobreza, sobretudo das mulheres, e a exclusão social, encorajar o voluntariado e a participação activa na vida familiar e na sociedade, e incentivar o envelhecimento com dignidade. (Parlamento Europeu, 2012)

Santos (2000), cit. por Imaginário (2004), considera fundamental que o idoso se mantenha ocupado, pois dessa forma poderá reduzir os efeitos do envelhecimento. No domínio sociocultural, o idoso necessita ser educado para a velhice, para o descanso, para as distrações e para o convívio com a família e os amigos.

Para a longevidade da população, cabe ao EC, como parte integrante de uma equipa, detetar comportamentos de riscos dos idosos, elucidando-os para a adoção de estilos de

vida saudáveis, tais como: combate ao sedentarismo, prática de exercício físico adequado às suas necessidades, alimentação correta e manutenção das relações sociais, dentro do seu meio (para que não se sintam sozinhos), manter atividades intelectuais de leitura e lazer, evitar riscos (quedas, hábitos nocivos, por exemplo) e controlar periodicamente a sua própria saúde. A enfermagem comunitária centra-se, desta forma, na prevenção, promoção e manutenção de uma vida saudável.

O EC deve pensar, portanto, em conjunto com outros setores, em novas formas de intervir no bem-estar do idoso. Deve incentivá-lo a participar ativamente na sua saúde e levá-lo a aperfeiçoar competências suscetíveis de alargar o seu potencial, de forma a reverter ou adiar o processo de envelhecimento. É fundamental que os enfermeiros estejam capacitados para dar respostas aos problemas que surjam na comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999).

Assim, concordamos quando Schacter-Shalomi e Miller (1996) referem que “...o envelhecimento é um grande sucesso ... não significa declínio nem exílio ... dá uma visão panorâmica da qual provém a sabedoria espiritual” (p.3). É essencial que o EC inclua os mais idosos (quer vivam na comunidade, quer residam em instituições) no planeamento de atividades e nas estratégias de promoção de saúde.

Entendemos que o estímulo às práticas preventivas e ao EA são armas poderosas para o ganho em QV da população idosa. É dever do EC, em conjunto com a sociedade, contribuir para que o idoso tenha uma velhice sã e digna de ser vivida. Ajudar o idoso a adaptar-se à sua nova condição é elemento essencial para o sucesso ou insucesso da velhice e isso pressupõe manter o idoso, o mais ativo possível.

O EA deve ser entendido como um novo paradigma para a velhice, reconhecimento do idoso como membro necessário à sociedade, como cidadão com plenos direitos de trabalho, lazer, educação, manutenção física e segurança. Essa nova etapa da vida deve ser vista como um momento oportuno para libertar e utilizar energias, capacidades e virtudes que podem ajudar no processo de crescimento e desenvolvimento pessoal e social.

Assim sendo, devem ser incentivados projetos com o intuito de promover a autonomia, a capacitação e a independência da pessoa idosa. Projetos que não anulem a capacidade de vida dos idosos, pois parar é realmente antecipar a morte.

PARTE II

PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é:

...um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das múltiplas vertentes – a saúde, por exemplo - que para passar a uma prática institucionalizada carece de uma boa base de aceitação alargada (legitimação social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação”. (Matos, 1980, cit. por Imperatori & Giraldes, 1993, p.3)

Assenta numa análise multissetorial e integrada na comunidade. É concebido com o esforço coletivo em que intervêm os vários sujeitos envolvidos na realidade que se visa transformar.

O conceito de planeamento em saúde foi tido em conta na conferência de Alma Ata, ao referir que “para melhorar de maneira apreciável a saúde de toda a população impõe-se a coordenação planeada e eficiente dos serviços de saúde nacionais e das actividades afins de outros sectores relacionados com a saúde...” (OMS, 1978).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde é um processo contínuo que permite identificar problemas de saúde a partir de um diagnóstico, em busca de um estado de saúde, através da promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.

Assim, nesta parte do trabalho é apresentado o planeamento em saúde que decorreu durante o período de estágio no âmbito do CMEC, realizado na ESSVS e que teve a duração de quatro meses, com início em 1 de outubro de 2012 e término em 25 de janeiro de 2013. O objetivo principal do estudo é **promover o Envelhecimento Ativo nos idosos, com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam centros de dia e centros de convívio, do concelho de Felgueiras.**

A escolha da UCC de Felgueiras surgiu pelo facto de geograficamente ser uma zona acessível ao grupo de estágio e também porque faz parte da recente reestruturação dos cuidados de saúde primários. Tornou-se fundamental ao grupo investir na formação usando como suporte uma unidade cuja missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde .

Com o intuito de intervir sobre o tema em estudo e atingir o objetivo fixado, percorremos todas as etapas do planeamento em saúde: diagnóstico de situação, definição das prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e

projetos, preparação da execução e avaliação. Passamos de seguida a descrever o meio onde foi realizado o estudo.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE FELGUEIRAS

O presente estudo desenvolve-se no concelho de Felgueiras, pertencente ao distrito do Porto e localizado na parte superior do Vale do Sousa. Abrange, de acordo com os censos de 2011 (INE, 2012), cerca de 116 km², repartidos por 32 freguesias, conforme podemos verificar na Figura 3. É constituído por quatro centros urbanos: a cidade de Felgueiras, a cidade da Lixa, a vila de Barrosas e a vila da Longra.

Figura 3.
Freguesias do concelho de Felgueiras



Fonte: Gabinete PDM

A cidade de Felgueiras é limitada a norte por Fafe e Guimarães, a Sul por Lousada e Amarante, a Poente por Vizela e a Nascente por Celorico de Basto.

Segundo o INE (2012), em 2008 Felgueiras apresentava uma densidade populacional de 509,9 hab/km² e uma população de 58 976 habitantes. A distribuição da população sofre oscilações ao longo do território, no entanto, em nenhuma freguesia a densidade é de 2 hab/ha.

O concelho de Felgueiras é dos concelhos com a população mais jovem do país e da Europa, não obstante, tem vindo a acompanhar a tendência generalizada do país e da

Europa. A quebra da natalidade é notória, o grupo etário dos 0-14 anos tem vindo a reduzir de forma significativa, assim como o grupo etário dos 15-24 anos, embora menos acentuado. Contudo, o grupo etário dos 65 anos ou mais tem-se mantido estável, ao contrário da tendência generalizada, contribuindo para o esforço do escalão dos 25-64 anos, conforme mostra Tabela 4.

Tabela 4.

População residente (Nº) por local de residência, sexo e grupo etário (por ciclos de vida)

Período de referência dos dados	Local de Residência	Grupo Etário			
		0-14 anos Nº	15-24 anos Nº	25-64 anos Nº	65 e mais anos Nº
2010	Felgueiras	10.278	8.394	33.271	6.951
2006	Felgueiras	11.685	8.745	32.157	6.335
2002	Felgueiras	12.671	9.051	30.414	5.802
1998	Felgueiras	13.059	9.166	27.731	5.289
1994	Felgueiras	12.885	9.531	24.957	4.541
1991	Felgueiras	12.812	9.911	22.978	4.221

Fonte: INE, 2012

A nível de escolarização, Felgueiras apresenta ainda níveis notavelmente baixos, afetando sobretudo as populações das freguesias mais rurais. Relativamente ao desemprego, em 1997, era quase irrelevante (1.620 Indivíduos), no entanto, dados recentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) indicam que, em 2011 tomou proporções alarmantes, (3.017 indivíduos), (Pordata, 2012).

O concelho pode ser considerado uma terra de exceção que aposta na valorização dos seus recursos humanos, na consolidação do campus politécnico, no desenvolvimento económico e na consolidação das suas infra-estruturas. Responsável por 30% da exportação nacional de calçado, 1/3 do vinho verde da região e por um valioso património cultural.

A economia de Felgueiras baseia-se fundamentalmente no setor secundário (70% da população ativa), enquanto o setor terciário continua em baixa, embora tenha registado um aumento no período de 1991-2001. Relativamente ao setor primário, continua em regressão, muito embora a agricultura a tempo parcial, seja uma atividade com relevância social e económica, como se pode verificar pelo alcance da produção vinícola (Câmara Municipal de Felgueiras, 2012).

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é o primeiro passo do processo de planeamento em saúde e consiste num procedimento rigoroso de avaliação multicausal dos determinantes da saúde que influenciam os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidades. Tem como principal característica identificar os principais problemas de saúde de uma população e identificar as causas possíveis para os mesmos (Imperator & Giraldes, 1993).

Com o intuito de pôr em prática a primeira etapa do planeamento em saúde do nosso estudo, elaboramos o diagnóstico de situação cujo objetivo geral é identificar problemas de saúde das pessoas idosas do concelho de Felgueiras, utilizadores dos centros de dia/convívio. Com o propósito de uniformizar o critério, denomina-se idoso, qualquer indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente do sexo e do estado de saúde (OMS, 1998).

Como objetivos específicos deste diagnóstico, traçamos:

- Caracterizar as condições sociodemográficas dos idosos;
- Conhecer hábitos alimentares dos idosos;
- Conhecer hábitos de sono e vigília dos idosos;
- Identificar hábitos nocivos dos idosos;
- 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 dos idosos;
- Avaliar a segurança dos idosos;
- Mensurar o nível de dependências dos idosos;
- Conhecer a QV dos idosos.

Para uma análise aprofundada deste estudo, efetuamos um estudo exploratório-descritivo, de caráter transversal, seguindo a metodologia de planeamento em saúde, com abordagem

quantitativa, procurando identificar problemas de saúde e intervir no sentido de os minimizar. É um estudo exploratório porque tem como objetivo examinar um problema pouco estudado nesta população de idosos, é descritivo porque pretendemos descrever parâmetros para dar resposta aos objetivos traçados, mede conceitos e reúne informações sobre estes (Sampieri, Collado & Lúcio, 2006), permitindo uma visão global de uma situação ou de uma população e transversal porque “serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, Côté & Filion, 2009, p.252).

O diagnóstico de situação decorreu no período de 01 de outubro a 16 de novembro de 2012 e permitiu-nos obter um instrumento para pôr em prática uma política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades, acompanhá-las e, finalmente, avaliar os resultados.

Assim, para iniciar o nosso diagnóstico de situação solicitamos uma listagem de todas as instituições com a valência de centro de dia/convívio à UCC de Felgueiras e à Divisão de Ação Social da Câmara Municipal de Felgueiras. Com a devida listagem tivemos conhecimento dos 7 centros de dia e dos 2 centros de convívio existentes no concelho, sendo eles:

Centros de Dia:

- Centro Social e Paroquial Divino Salvador 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;
- Associação para o Desenvolvimento Integral de Barrosas (ADIB);
- Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras;
- Associação de Solidariedade Social João Paulo II.

Centros de Convívio:

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

Realizamos um primeiro contacto com as referidas instituições por correio eletrónico, através da UCC de Felgueiras, com uma carta de apresentação, dando a conhecer a

finalidade do nosso trabalho e solicitando autorização para participarem no estudo (Anexo A).

Todos os centros responderam aos referidos e-mails (Anexo A), exceto o centro de convívio de Jogueiros, que apesar das várias tentativas de contacto via telefone e via e-mail não deu qualquer resposta. Ainda na esperança de que o referido centro de convívio fizesse parte do nosso estudo, fizemos uma visita local ao centro, que se encontrava fechado. Por razões alheias e não esclarecidas, até à presente data não houve qualquer resposta do referido centro de convívio, pelo que consideramos, por consenso do grupo, que o mesmo seria excluído.

Depois de aceites e formalizados os contactos iniciamos um conjunto de diligências que se iniciaram com algumas reuniões, que decorreram de 01 a 12 de Outubro de 2012, com os diretores técnicos das instituições que mostraram disponibilidade para participarem no estudo. Estas reuniões tiveram como propósito esclarecer dúvidas e conhecer as instituições. Foi ainda aproveitada a oportunidade para agendarmos as datas em que seriam aplicados os questionários.

2.1. População-alvo e amostra

Segundo Fortin *et al.* (2009), população alvo é um conjunto de elementos que satisfazem critérios de seleção previamente definidos e para os quais se pretende fazer generalizações. Para este estudo, consideramos como população alvo todos os idosos, pertencentes aos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras. Tendo em conta que um dos centros de convívio não participou no estudo, obtivemos um total de 86 idosos pertencentes aos centros de dia e centros de convívio que quiseram participar no estudo.

Destes 86 idosos apenas nos foi possível aceder a 70, visto que 16 recusaram-se participar no estudo ou encontravam-se ausentes da instituição no período de realização da implementação dos questionários.

Definida a nossa população e atendendo ao carácter deste estudo, tornou-se importante incluirmos na nossa amostra apenas os utentes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: *i)* pertencer aos centros de dia e centro de convívio, que aceitaram participar no estudo; *ii)* estar presente na instituição no período de realização da implementação do

questionário; *iii*) assinar o consentimento informado; *iv*) obter no teste de MEEM (Anexo B) pontuação igual ou superior a 15 valores.

No que concerne à técnica utilizada para a escolha da amostra, utilizamos neste estudo a técnica de amostragem não probabilística por conveniência (Fortin *et al.*, 2009), porque os que fizeram parte da amostra estiveram facilmente acessíveis e presentes no momento preciso e correspondiam aos critérios por nós elaborados. Segundo Hicks (2006), este método consiste na “seleção de sujeitos que envolve a escolha dos indivíduos mais disponíveis” (p.26).

Relativamente ao MEEM, foi criado nos Estados Unidos da América por Marshall Folstein, Folstein e McHugh, em 1975. Foi desenvolvido para determinar as condições cognitivas em grupos cujo nível de perda passa a influenciar o desempenho na vida quotidiana (Cunha, 2000; Farinatti, 2008). A cognição é a capacidade de pensar, usar a inteligência, a lógica, o raciocínio e a memória. Permite aos seres humanos relacionar-se com os outros, com mundo exterior e interior, adquirir conhecimentos e vencer as dificuldades da vida (Trzepacz & Baker, 2001).

Nesse sentido, o preenchimento do MEEM foi aplicado com o intuito de detetar possíveis perdas cognitivas que impossibilitassem os idosos de participar no estudo. O exame é composto por 11 itens, dividido em duas partes, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: exige respostas verbais a questões de orientação temporal-espacial, registo, memória imediata, concentração, nomeação, articulação, compreensão de ordens em três passos, escrita e leitura de frases e alarga-se para a destreza de copiar um desenho (Trzepacz & Baker, 2001).

O *score* do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva. Permite assim avaliar orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registo de três palavras (3 pontos), cálculo (5 pontos), evocação das 3 palavras (3 pontos), nomeação de 2 objetos (2 pontos), articulação de frases (1 ponto), comando (3 pontos), leitura (1 ponto), construção de frase (1 ponto) e cópia de desenho (1 ponto).

Folstein (1975), referido por Trzepacz e Baker (2001), considerou que pessoas sem alterações cognitivas alcançavam em média 28 pontos, enquanto classificações de 24 ou menos eram alcançadas por pessoas consideradas anormais e que apresentavam disfunção

cognitiva difusa. Saliou ainda que “as classificações baixas em pessoas com menos de oito anos de escolaridade requerem uma interpretação cuidada” (Trzepacz & Baker, 2001, p.176). Contudo, Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994), validam e adaptam este documento para a população portuguesa e consideram os valores normativos de corte para deteção de défice cognitivo tendo em conta o nível de escolaridade: uma pontuação de menor ou igual a 15 pontos em indivíduos analfabetos, menor ou igual a 22 nas pessoas com escolaridade entre 1 e 11 anos, e menor ou igual a 27, nas que têm escolaridade superior a 11 anos.

Tendo em conta que o melhor acesso à educação, o maior nível social e cultural fizeram com que os idosos de hoje não fossem os mesmos que há 20 anos atrás, Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins (2009), reavaliaram os valores do corte do MEEM para a população portuguesa atual e consideraram: 22 para a literacia de 0 a 2 anos, 24 para a literacia de 3 a 6 anos e 27 para a literacia igual ou superior a 7 anos. Assim, e visto que a região a trabalhar é caracterizada por uma população envelhecida e com um elevado nível de analfabetismo, a exclusão dos idosos participantes do estudo teve por base a versão do MEEM de Guerreiro *et al.* (1994).

Neste estudo, dos 70 idosos que participaram e que foram submetidos ao MEEM, 72,9% (51) passaram e foram admitidos no estudo, enquanto os restantes 27,1% (19) não foram admitidos, conforme podemos verificar na Tabela 5.

Tabela 5.
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

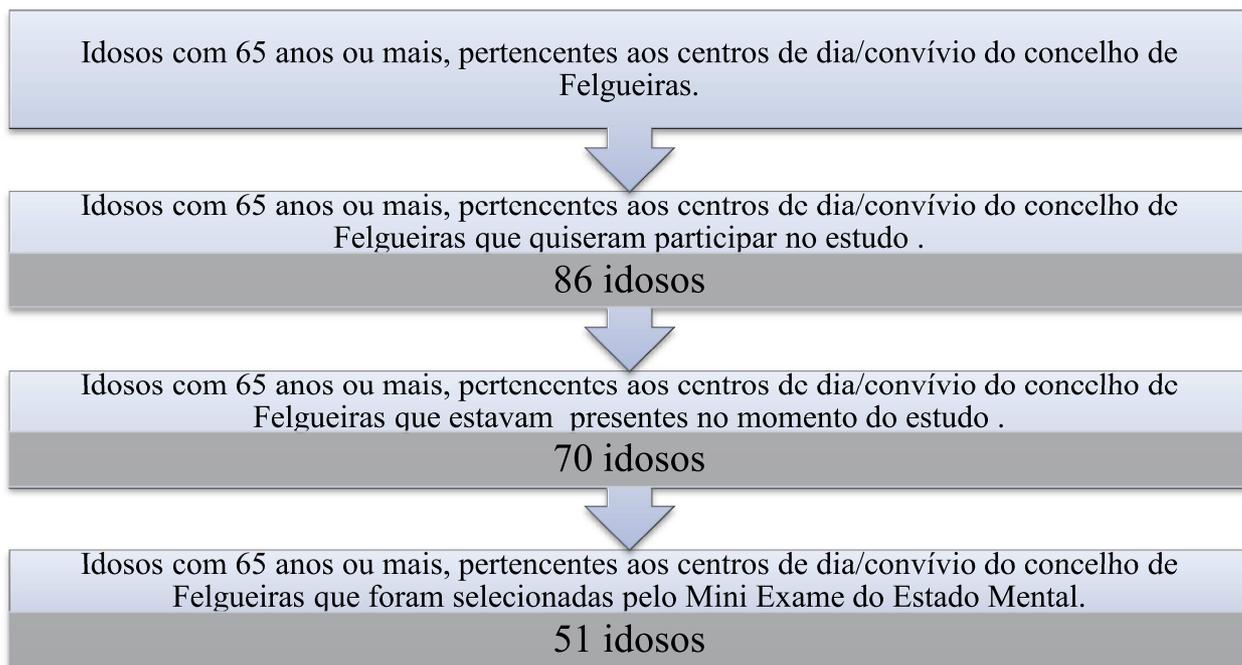
No que diz respeito aos idosos que passaram no MEEM, nomeadamente no que concerne à escolaridade dos idosos, existem 54,9% (28) dos idosos sem qualquer nível de ensino, tendo os restantes 45,1% (23) o 1º ou 2º ciclo. Na Tabela 6, estão representadas as pontuações dos idosos que passaram no exame, ou seja, que revelaram ausência de defeito cognitivo.

Tabela 6.
Resultados obtidos pelos idosos aprovados no MEEM

Nível de Ensino	N	%	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão	Pontuação Representativa de Defeito Cognitivo
sem nível de ensino	28	54,9	16	27	19,86	3,43	≤ 15
1º ou 2º ciclo	23	45,1	23	29	25,39	2,37	≤ 22

Seguindo os critérios de inclusão da população acessível, verificamos que foram excluídos do estudo 19 idosos por obterem pontuação igual ou inferior a 15 no MEEM. Assim, corresponderam aos critérios mencionados 51 idosos que passaram a fazer parte da nossa amostra. A Figura 4 mostra-nos, resumidamente, como chegamos à nossa amostra.

Figura 4. Seleção da amostra



2.2. Instrumento de recolha de dados

Dos vários instrumentos que poderiam ser utilizados, escolhemos o questionário, tendo em conta que o objetivo é “recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin *et al.*, 2009, p.380). Podem ser aplicados a grupos de qualquer dimensão e preenchidos pelos próprios participantes ou pelo investigador em presença do participante. Através dos questionários caracterizamos a nossa amostra e identificamos as necessidades dos nossos idosos.

O questionário foi constituído por 22 perguntas, de respostas simples e alternativas e foi elaborado pelo grupo de raiz pela necessidade de juntar e suprimir questões aos questionários já testados, mantendo-nos assim fiéis aos nossos objetivos. Abrange questões sociodemográficas, relacionadas com o género, idade, estado civil, habilitações literárias e conviventes, bem como questões relacionadas com hábitos de sono/vigília, hábitos nocivos, condição de saúde, atividade física e segurança do idoso. Juntamente com o questionário aplicamos a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref) e o Índice de Barthel (Anexo C).

Tendo em conta as características do universo da pesquisa, população idosa, na formulação das questões houve a preocupação de utilizar uma linguagem clara, concisa e de fácil compreensão, de forma a serem entendidas da mesma maneira por todos os inqueridos.

Antecipando algumas restrições dos idosos e tendo por base o diagnóstico de situação social do concelho de Felgueiras, onde é referido um baixo nível de instrução na população idosa, aplicamos o referido questionário de forma indireta, em que eram explicadas as questões e registadas as respostas dos mesmos.

Escala de Avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref

A escala de QV (WHOQOL) é um instrumento de 100 itens, pertencente à OMS e foi elaborada com o intuito de avaliar a QV dentro de uma perspetiva internacional.

Neste estudo, optamos pela WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1994), traduzida e adaptada para a população portuguesa por Serra *et al.* (2006). Optamos pela utilização da

escala reduzida pelo facto de a população ser idosa, dos custos serem limitados, e permitir uma avaliação fácil e breve, mas também válida. Segundo Pereira, Melo, Gameiro, e Canavarro (2011), a escala reduzida tem como objetivo “facultar uma avaliação mais objetiva e económica do bem-estar do doente e das suas áreas de mau e bom funcionamento”(p.111).

As duas primeiras questões aferem acerca da QV na sua generalidade, representando a perceção por parte do inquirido da sua QV e da sua saúde.

Os quatro domínios da escala (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente), constituídos pelos restantes 24 itens, representam um retrato fidedigno da escala original (WHOQOL-100), isto é, através da extrapolação para 0 a 100 dos resultados da escala reduzida é possível comparar com os resultados da escala de 100 itens.

As perguntas que compõem o instrumento foram formuladas de acordo com metodologia específica da OMS, e estão organizadas em escalas de resposta de tipo likert, com cinco níveis cada uma, e a sua pontuação pode variar de 1 a 5. Resultados mais elevados revelam uma perceção de melhor QV. Algumas facetas (dor, tratamento médico e sentimentos negativos) não estão formuladas num sentido positivo, pelo que para estas facetas, as pontuações mais altas não significam melhor QV, tendo alguns dos itens sido invertidos. Os itens da escala invertidos foram “Q3 - Atualmente, uma dor física impede-o de fazer o que tem a fazer?” e “Q4 - Necessita de tratamento médico na sua vida quotidiana?” pertencentes ao domínio físico e “Q26 - Sente frequentemente sentimentos negativos tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?” pertencente ao domínio psicológico.

Índice de Barthel

O Índice de Barthel, criado por Mahoney e Barthel, em 1965, tem como objetivo quantificar e monitorizar a dependência/independência dos indivíduos para a realização das dez AVD's: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Paixão & Reichenhein, 2005 e Cid-Ruzafa & Damián Moreno, 2001, cit. por Imaginário, 2004).

Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima - zero - corresponde a máxima dependência para todas as AVD's avaliadas e a pontuação máxima - 100 - equivale a independência total para as mesmas AVD's avaliadas.

Para avaliarmos a capacidade funcional referente à realização das AVD's da população em estudo, utilizamos a versão em português do Índice de Barthel, validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, em 2007, que ao converterem a escala de 0 a 20 propuseram a classificação descrita na Tabela 7. Na mesma tabela ilustrámos ainda a cotação correspondente na escala até 100, bem como a designação da classificação.

Tabela 7.

Classificação de dependência/independência do idoso segundo o Índice de Barthel, nas escalas de 0 a 20 e de 0 a 100

Índice obtido (0-20)	Índice obtido (0-100)	Classificação
0 – 8	0 – 40	Total dependência
9 – 12	45 – 60	Dependência grave
13 – 19	65 – 95	Dependência moderada
20	100	Independência total

Fonte: Araújo *et al.*, 2007

Considerando que a população idosa tem vindo a crescer de uma forma progressiva, torna-se importante a avaliação da capacidade funcional básica deste grupo populacional para realizar as AVD's. Neste sentido, o Índice de Barthel surge como um instrumento válido e fácil de aplicar na população em estudo, podendo constituir de forma objetiva uma estratégia de avaliação do grau de autonomia da pessoa idosa.

Relativamente aos dados dos questionários, foram recolhidos no período que decorreu de 15 de outubro a 09 de novembro de 2012. Tendo em conta a existência de diferentes graus de dependência e capacidade de resposta aos questionários, considerando a idade avançada dos participantes do estudo, respeitando algum défice quer físico ou cognitivo ligado à velhice, próprio desta faixa etária, os questionários foram cumpridos na modalidade de entrevista.

Assim, foi utilizado sempre com o mesmo procedimento: a enfermeira sentada em frente ao idoso, as questões lidas em voz alta (quando se apresentavam alternativas de resposta,

as mesmas eram também lidas em voz alta), mas tendo em conta a privacidade do idoso, assinalando-se na folha de resposta do questionário a resposta dada pelo idoso.

Como a qualidade da informação poderia influenciar os resultados do estudo, tornou-se importante que o grupo treinasse por igual a forma como a recolha seria realizada, empenhando-se no respeito pela proteção do direito do idoso inquirido. Este procedimento destinou-se a garantir homogeneidade na recolha de informação.

A concretização de toda esta etapa revelou-se fundamental para prosseguirmos com o nosso trabalho. Através dela conseguimos divulgar o trabalho da UCC Felgueiras e iniciar uma ligação mais estreita entre a UCC e os centros de dia/convívio. Todos os diretores técnicos se mostraram satisfeitos por estreitarem relações com a UCC, mencionando futuras parcerias.

2.3. Pré teste

Somos unânimes com a opinião de Marconi e Lakatos (1990) quando definem que o pré teste “consiste em testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo da amostra antes de ser aplicado definitivamente”(p.29) e também concordamos quando Fortin (2003) define pré teste como “...um ensaio de um instrumento de medida ou equipamento, antes da sua utilização em maior escala...” (p.373). O mesmo autor *et al.* (2009), consideram o pré teste como um método para “verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (10 a 20 pessoas) da população-alvo”(p.386).

No sentido de verificar a aplicabilidade do questionário (se o mesmo ia ou não ao encontro dos nossos objetivos e se as questões eram perceptíveis e adequadas à amostra), detetarmos eventuais falhas estruturais e podermos validá-lo à população em estudo, aplicou-se o pré teste a um grupo de 10 idosos, com as mesmas características, num centro de dia do concelho de Vila Real, no dia 10 de outubro de 2012.

Sem dúvida foi uma etapa importante e indispensável, porque por um lado pudemos verificar que relativamente à linguagem utilizada, não foi necessária qualquer alteração, por ser acessível à população em estudo. Por outro lado, possibilitou descobrir defeitos no

questionário e fazer as devidas correções, a saber: *i)* na questão 8, relativa aos rendimentos, acrescentamos a resposta “não sabe”; *ii)* na questão 12.1, relativa à alimentação, acrescentamos a resposta “não confeciona”; *iii)* na questão 22, relativamente a quedas, acrescentamos “onde” para identificar o local da queda; *iv)* a questão 22, foi trocada de posição com a questão 21, uma vez que consideramos que ao responder a 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.

2.4. Variáveis e sua operacionalização

Segundo Fortin *et al.* (2009), uma variável “corresponde a uma qualidade ou uma característica que são atribuídas a pessoas ou a acontecimentos que constituem objetos de uma investigação e às quais é atribuído um valor numérico” (p.48). Para Hill e Hill (2009), a função das variáveis é explicar certos factos e ao mesmo tempo orientar a procura de informação.

A consideração pelas variáveis do estudo, desde a sua definição até à sua operacionalização, é fundamental numa investigação para impedir o seu comprometimento ou risco de invalidar a mesma. Por esta razão, elas devem ser caracterizadas com clareza, objetividade e de forma operacional. Diz-se que uma variável se torna operacional quando passa de conceito para um fenómeno mensurável. Fortin *et al.* (2009) salienta que “as variáveis devem ser definidas não somente de forma conceptual, mas também de forma operacional, com vista a permitir a sua medida” (p.55).

Para melhor compreensão do estudo, a Tabela 8 resume as questões que compõem as diversas variáveis e respetiva operacionalização.

Tabela 8.

Questões, dimensões do estudo e técnicas estatísticas associadas

Variáveis		Operacionalização
Avaliação do Mini Exame do Estado Mental		
Dados Sociodemográficos Questão: 1, 2, 3, 4, 5	Dados sociodemográficos do idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Idade • Habilitações Literárias • Profissão • Estado Civil
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, 17.1, 18, 18.1 e 18.2	Acompanhamento médico Doenças do idoso Medicação do idoso	<ul style="list-style-type: none"> • Tem Médico de família • Sofre de alguma doença(s) • A(s) sua(s) doença(s) está relacionada com • Toma medicação diariamente • Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente
Atividade física Questão: 19, 19.1, 19.2, 19.3 e 20	Realização de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza alguma atividade física semanalmente • Não pratica atividade física porque • Quantas vezes por semana • Qual a duração de cada sessão • Para si, a prática de atividade física para a saúde é
Segurança Questão: 21 e 22	Sensação de segurança e ocorrência de quedas	<ul style="list-style-type: none"> • Sente-se seguro em sua casa • Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses
Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref		
Índice de Barthel		

2.5. Análise de dados

Depois de codificarmos as variáveis, foi necessário tratar e analisar os dados recolhidos através do instrumento de recolha de dados, baseando-nos em recursos estatísticos. Foi utilizado como suporte o software estatístico SPSS, versão 20.00, para Windows. No programa, foi elaborada uma base de dados onde se fez a definição das variáveis, a inserção dos dados e a análise estatística.

Por forma a validar os dados, fizemos um pré-tratamento dos dados no qual verificamos a existência dos valores em falta (*missings*) e dos valores numericamente distantes dos restantes dados (*outliers*).

A análise estatística foi sustentada na estatística descritiva, através do cálculo de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Construíram-se gráficos para uma melhor interpretação dos dados. Assim, para comparar as diversas variáveis em estudo, utilizamos testes no âmbito da análise univariada, como foi referido através da análise descritiva e cruzamento de dados.

2.6. Procedimentos éticos

Como todo o estudo envolve aspetos relacionados com seres humanos, tais como comportamentos, estados de saúde, estilos de vida, entre outros, torna-se necessário ter em conta procedimentos éticos (Fortin *et al.*, 2009). Deste modo, o grupo tomou as providências necessárias para proteger os participantes do estudo relativamente aos seus direitos.

Assim, antes de qualquer intervenção direcionada para a aplicação dos questionários, foi solicitada autorização aos diretores técnicos, dos centros de dia e de convívio do concelho de Felgueiras, que participaram no estudo, no intuito de podermos aplicar os referidos questionários, interagir e conhecer os idosos e também o ambiente que os rodeia (Anexo A).

Foi também nossa preocupação apresentar aos elementos da nossa população e tendo em conta o princípio da confidencialidade, as informações necessárias e suficientes, fornecidas em linguagem clara e esclarecedora, sobre a sua participação, sobre os objetivos e

procedimentos do estudo em causa, para que desse modo, pudessem avaliar as consequências do mesmo na sua vida.

Assim, após o esclarecimento minucioso sobre todo o procedimento, de termos a certeza de que os idosos compreenderam a informação e finalmente aceitaram participar nos projetos, procedemos às respetivas assinaturas ou impressões digitais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Os dados recolhidos foram tratados de forma a manter o anonimato dos participantes, tendo também sido salvaguardada a sua privacidade durante todo o processo.

No sentido de concretizar este estudo e porque sentimos como imprescindível a aplicação de questionários seguros e válidos, foi solicitada autorização à equipa de trabalho que validou o WHOQOL-Bref para Portugal, que prontamente respondeu autorizando a utilização do questionário (Anexo D). Foram também facultados por esta equipa, o suporte digital da análise dos resultados com as respetivas fórmulas (SPSS), bem como o manual do utilizador e sintaxe. Solicitamos ainda a autorização às equipas que validaram em Portugal o Índice de Barthel, e a Escala de Avaliação do MEEM, ambos autores autorizaram a aplicação dos respetivos instrumentos facultando o material necessário (Anexo D).

2.7. Apresentação dos resultados

Começaremos por fazer a caracterização sociodemográfica dos elementos da amostra, seguindo-se algumas questões relativas aos seus hábitos alimentares, questões relacionadas com o sono/vigília e com os hábitos nocivos. Posteriormente, caracterizaremos os cuidados de saúde do idoso bem como a sua atividade física e segurança. Terminar-se-á por aplicar a escala de avaliação de QV (WHOQOL-Bref) e a escala de avaliação da dependência de Barthel.

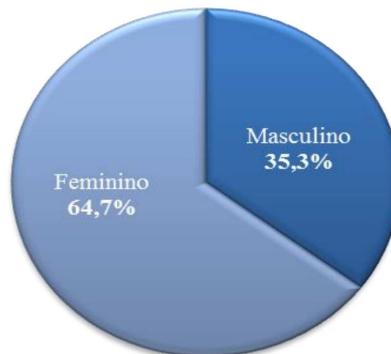
Dados sociodemográficos

Nesta secção pretendemos caracterizar a amostra em termos de dados sociodemográficos dos idosos do estudo.

- Distribuição dos idosos em função do gênero

Relativamente ao gênero, dos 51 idosos inquiridos verificamos que 35,3% (18) são do gênero masculino e 64,7% (33) são do gênero feminino (Gráfico 5).

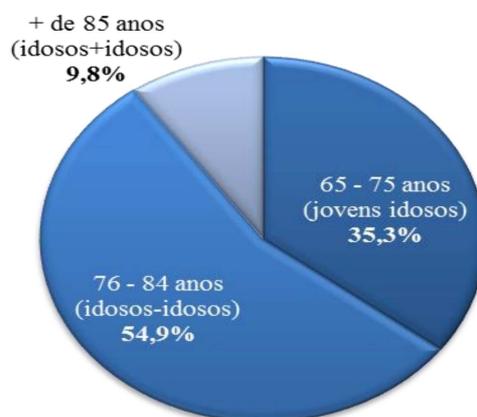
Gráfico 5. Gênero



- Distribuição dos idosos em função da idade

No que diz respeito 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). Cerca de 35,3% (18) dos idosos pertence 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 6).

Gráfico 6. Classe etária



Podemos referir, a partir da Tabela 9, que a idade dos idosos oscila entre os 65 e os 90 anos com uma média de 77,14 anos e um desvio padrão de 6,11 anos.

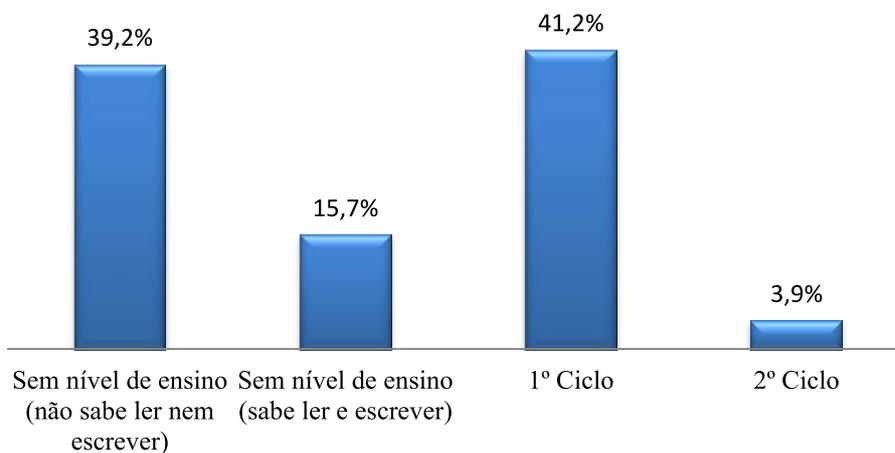
Tabela 9.
Idade dos idosos

	N	Min	Máx	M	Dp
Idade dos idosos	51	65	90	77,14	6,11

- Distribuição dos idosos em função das habilitações literárias

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

Gráfico 7. Habilitações literárias

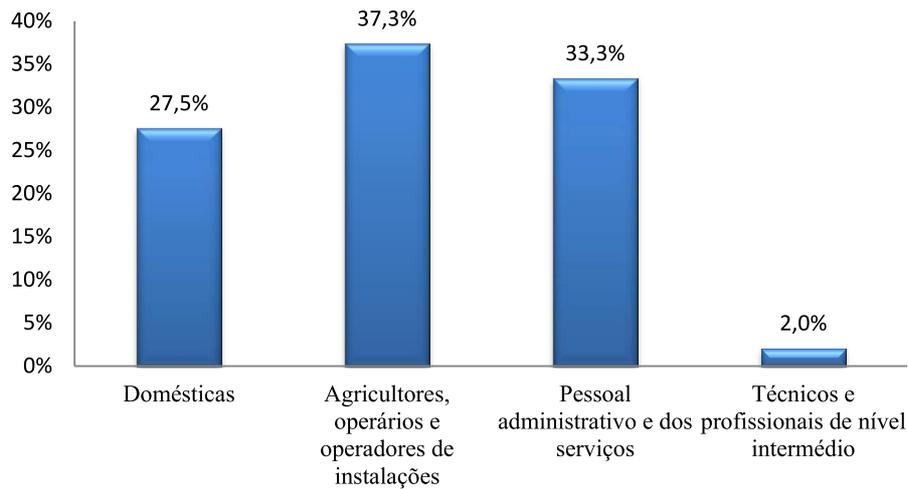


- Distribuição dos idosos em função da profissão

As profissões dos idosos (Gráfico 8) 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”. Verificamos que os grupos mais representativos foram o dos “agricultores, operários e

operadores de instalações”, com 37,3% (19) dos idosos, e o do “pessoal administrativo e dos serviços”, com 33,3% (10). Seguidamente surge o grupo constituído por “domésticas”, com 27,5% (14) dos idosos. Apenas 2,0% (1) dos idosos pertence ao grupo dos “técnicos e profissionais de nível intermédio”.

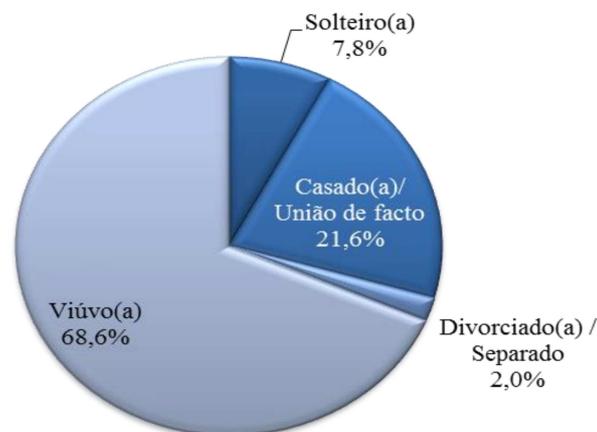
Gráfico 8. Profissão



- Distribuição dos idosos em função do estado civil

No que respeita ao estado civil (Gráfico 9), 68,6% (35) dos idosos é viúva; 21,6% (11) encontra-se casado ou em união de facto, 7,8% (4) encontra-se solteiro e apenas 2,0% (1) dos idosos encontra-se divorciado/separado.

Gráfico 9. Estado civil



- Distribuição dos idosos em função dos conviventes

Cerca de 49,0% (25) dos idosos pertencentes à amostra vive sozinho, 17,6% (9) vive com o cônjuge, 33,3% (17) vive em família alargada (Gráfico 10), sendo que destes 19,6% (10) vive com a filha, 9,8% (5) vive com o filho e 2,0% (1) vive com um dos irmãos (Gráfico 11).

Gráfico 10. Conviventes

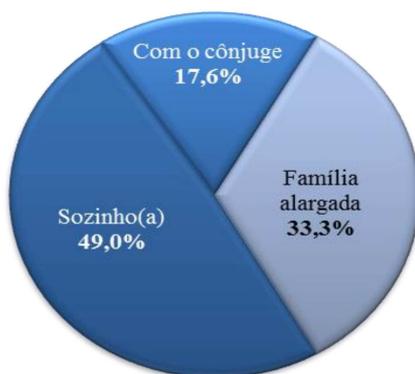
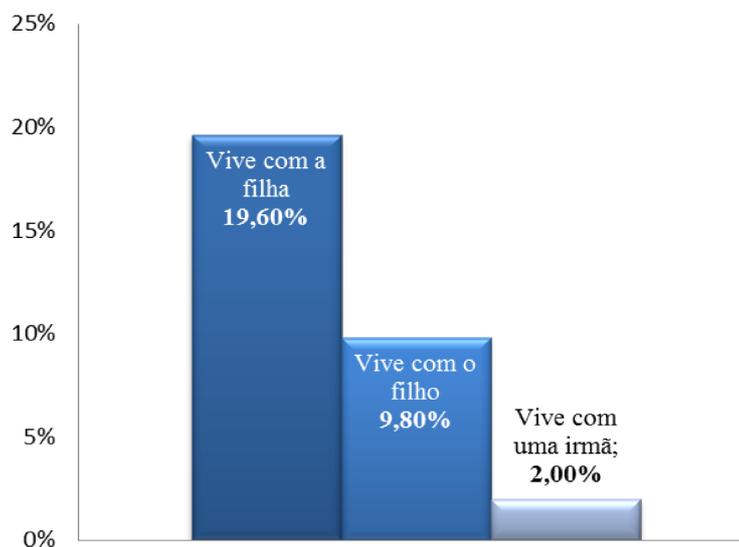


Gráfico 11. Conviventes (família alargada)



- Distribuição dos idosos em função da habitação

No que diz respeito ao tipo de habitação (Gráfico 12), 58,8% (30) dos idosos afirmou residir em habitação própria, 19,6% (10) numa casa alugada e 15,7% (8) em casa dos conviventes. Residualmente, 3,9% (2) dos idosos indicou residir em casa emprestada e 2,0% (1) salienta estar em outra situação.

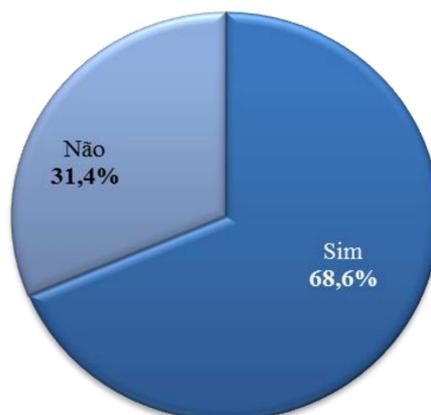
Gráfico 12. Habitação



- Distribuição dos idosos em função da habitação - Escadas

A maioria dos idosos, com 68,6% (35), afirmou residir numa habitação com escadas, e apenas 31,4% (16) referiu que a habitação não tem escadas (Gráfico 13).

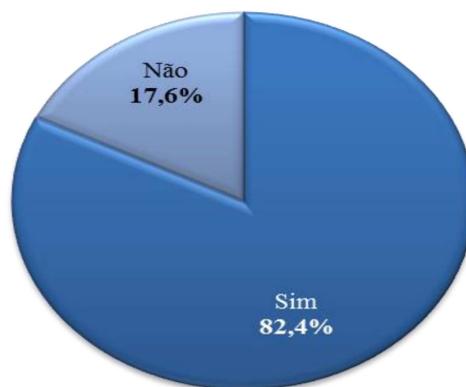
Gráfico 13. Habitação tem escadas?



- Distribuição dos idosos em função da habitação - Água canalizada/potável

Apenas 17,6% (9) dos idosos afirmou não possuir na sua habitação água canalizada/potável. Verifica-se, assim, que a esmagadora maioria, com 82,4% (42) idosos detém na sua habitação água canalizada/potável (Gráfico 14).

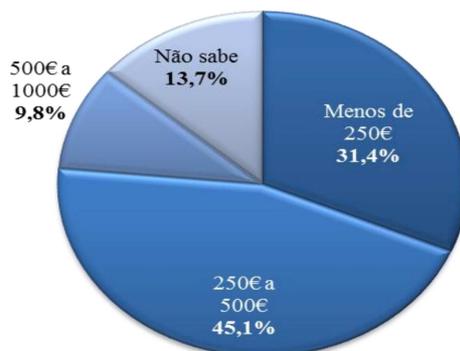
Gráfico 14. Habitação água canalizada/potável?



- Distribuição dos Idosos em Função dos Rendimentos Mensais

No que respeita aos rendimentos mensais dos idosos (Gráfico 15), apenas 9,8% (5) afirmou ter rendimento entre os 500€ e os 1000€, 45,1% (23) referiu entre os 250€ e os 500€ e 31,4% (16) referiu ter rendimentos inferiores a 250€. É, ainda, de salientar que 13,7% (7) mencionou não saber quais são os seus rendimentos.

Gráfico 15. Rendimentos mensais



- Distribuição dos idosos em função do principal motivo para frequentar o Centro de dia/Convívio

Quando questionados sobre qual o principal motivo que os levou a frequentar o centro de dia/convívio (Gráfico 16), 58,8% (30) dos inquiridos referiu que o principal fator seria o de não estarem sozinhos em casa e 15,7% (8) seria para estarem em convívio com outras pessoas.

Gráfico 16. Principal motivo para frequentar o Centro de dia



Uma pequena parte dos idosos, ou seja, 11,8% (6), referiu que tal se deveu a uma decisão dos familiares, e 13,7% (7) a outro tipo de motivos, como: doença, com 3,9% (2), acompanhar a esposa, com 2,0% (1), para ter companhia, com 2,0% (1), como se pode constatar no Gráfico 17.

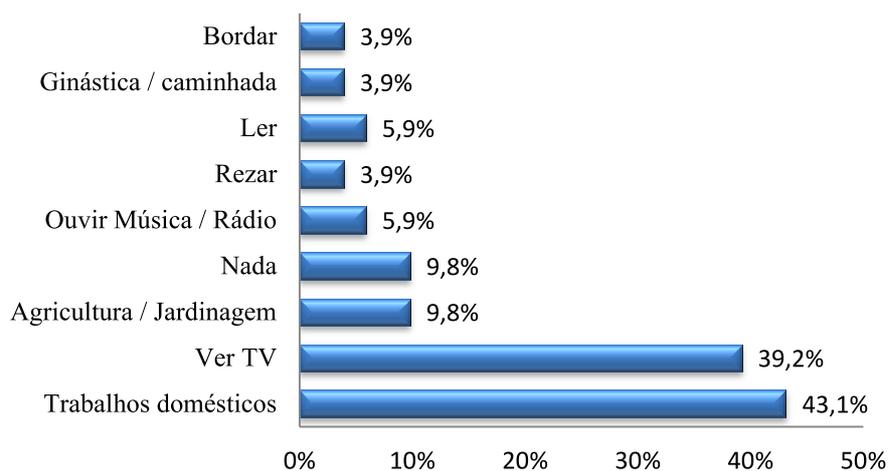
Gráfico 17. Outros motivos para frequentar o Centro de dia



- Distribuição dos idosos em função do que costumam fazer no seu tempo de lazer fora da instituição

A maioria dos idosos, ou seja, 43,1% (22) referiu que quando se encontram fora da instituição passam o tempo principalmente com trabalhos domésticos ou a ver televisão (39,2% - 20). Há, no entanto, outro tipo de atividades referidas, embora em menor grau, como a agricultura/jardinagem, com 9,8% (5), ouvir música/rádio ou ler, com 5,9% (3) e rezar, bordar ou fazer ginástica/caminhadas é referido por 3,9% (2) dos idosos. Verificamos ainda que 9,8% (5) referiu não fazer nada no seu tempo de lazer quando se encontra fora da instituição (Gráfico 18). De salientar que alguns idosos dispõem de várias atividades em simultâneo.

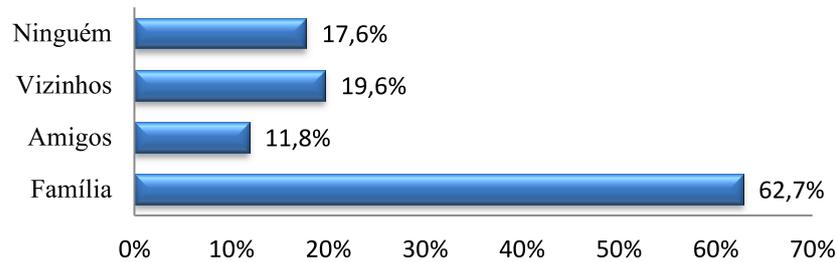
Gráfico 18. O que costuma fazer no seu tempo de lazer fora da instituição



- Distribuição dos idosos em função da convivência fora da instituição

No que diz respeito a com quem os idosos convivem fora da instituição (Gráfico 19), 62,7% (32) referiu conviver principalmente com a família. Há, no entanto, 19,6% (10) que referiu conviver com os vizinhos e 11,8% (6) com os amigos. Verifica-se que 17,6% (9) mencionou não conviver com ninguém fora da instituição. Em relação a esta questão, alguns idosos referiram ter mais do que um grupo de convivência.

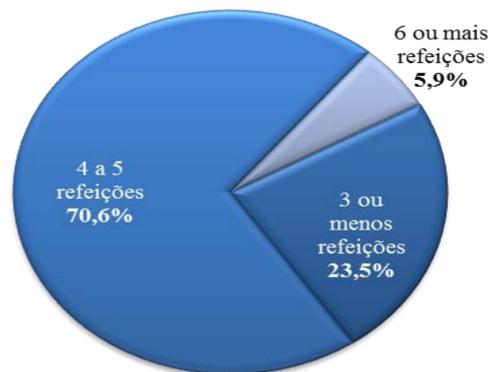
Gráfico 19. Com quem convive fora da instituição



- Distribuição dos idosos em função da alimentação – N^o de refeições diárias

No que confere ao número de refeições que os idosos dizem fazer diariamente (Gráfico 20), 70,6% (36) referiu fazer entre 4 a 5 refeições, 5,9% (3) mencionou fazer 6 ou mais refeições e 23,5% (12) referiu fazer apenas 3 ou menos refeições.

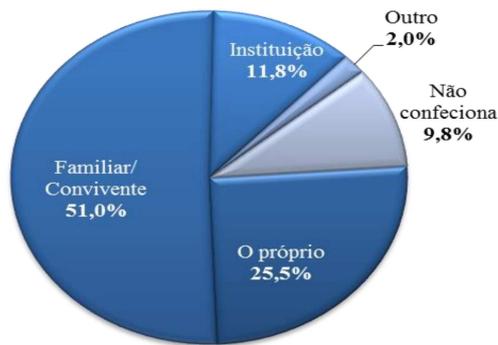
Gráfico 20. Número de refeições diárias



- Distribuição dos idosos em função da alimentação – Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição

Quando questionados sobre quem confeciona as suas refeições no período em que se encontram fora dos centros de dia/convívio, 51,0% (26) dos idosos referiu serem confecionadas principalmente por um familiar/convivente e 25,5% (13) referiu serem eles a confecionar a sua própria refeição. De salientar que 11,8% (6) indicou ser a instituição a confecionar a sua refeição apesar de este não se encontrar no centro de dia/convívio, 9,8% (5) simplesmente afirmou que não confecionam as refeições, como podemos verificar na Gráfico 21.

Gráfico 21. Quem confeciona as refeições no período em que se encontra fora da instituição



- Distribuição dos idosos em função da alimentação – Método de confecção de alimentos das refeições no período em que se encontra fora da instituição

Em relação ao método como confecionam os alimentos quando se encontram fora das instituições, 50,0% (25) dos idosos afirmou comer essencialmente cozidos, 22,5% (9) comer grelhados e 17,5% (9) comer estufados. Dos métodos de confecção de alimentos menos referidos encontram-se os fritos, com 7,5% (4) e os assados, com 2,5% (1) (Gráfico 22).

Gráfico 22. Método de confecção de alimentos nas refeições que faz fora da instituição

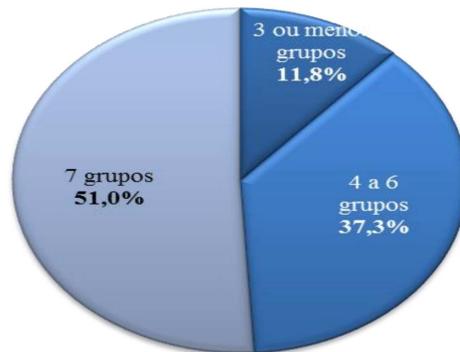


- Distribuição dos idosos em função da alimentação – Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária

Quando solicitados para sinalizarem na roda dos alimentos quantos grupos costumam incluir na sua alimentação diária (Gráfico 23), 51,0% (26) referiu incluir alimentos de

todos os 7 grupos. Uma menor parte, ou seja, 37,3% (19) afirmou incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 4, 5 ou 6 grupos da roda dos alimentos. Apenas 11,8% (6) referiu incluir na sua alimentação diária alimentos pertencentes a 3 ou menos grupos.

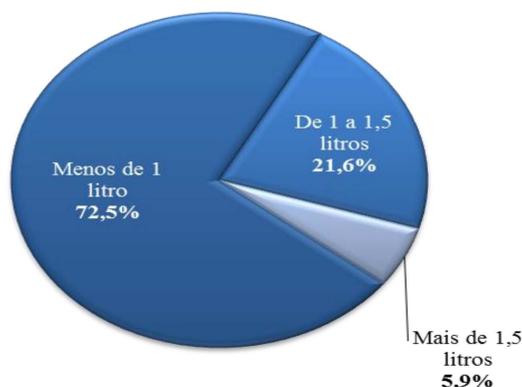
Gráfico 23. Grupos da roda dos alimentos que costuma incluir na sua alimentação diária



- Distribuição dos idosos em função da alimentação – Quantidade de água que consome diariamente

A maior parte dos idosos, 72,5% (37) referiu consumir menos de um litro de água diariamente, 21,6% (11) dos idosos da amostra referiu consumir de 1 a 1,5 litros de água diariamente. Apenas 5,9% (3) dos idosos mencionou consumir mais de 1,5 litros de água diariamente (Gráfico 24).

Gráfico 24. Quantidade de água que consome diariamente



- Distribuição dos idosos em função do sono/vigília – N° de horas de sono diárias

No que concerne às questões relacionadas com o sono/vigília, começamos por referir o número de horas de sono diárias relatadas pelos idosos (Gráfico 25). Assim, 39,2% (20) dos idosos referiu dormir 6 ou menos horas, 35,3% (18) mencionou dormir entre 6 a 7 horas e apenas 25,5% (13) referiu dormir mais de 7 horas diárias.

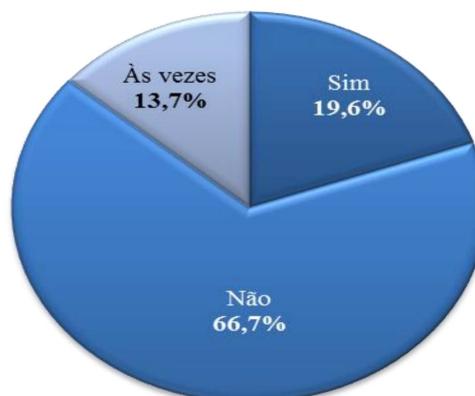
Gráfico 25. Número de horas de sono diárias



- Distribuição dos idosos em função do sono/vigília – Hábito de dormir a sesta

Quando questionados sobre o hábito de dormir a sesta (Gráfico 26), 19,6% (10) dos idosos relatou ter por hábito fazer a sesta e 66,7% (34) mencionou que não o fazem. Dos restantes elementos, 13,7% (7) referiu fazê-lo às vezes.

Gráfico 26. Tem o hábito de dormir a sesta



- Distribuição dos idosos em função do sono/vigília – Toma medicação para dormir

A maior parte dos idosos pertencentes à amostra, 56,9% (29) afirmou não tomar qualquer medicação para dormir, há, no entanto, uma parte significativa, com 33,3% (17) a referiu tomar medicação para dormir. De salientar que 9,8% (5) dos idosos mencionou não saber se tomava ou não medicação para dormir (Gráfico 27).

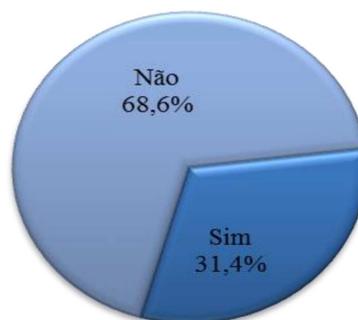
Gráfico 27. Toma medicação para dormir



- Distribuição dos idosos em função dos hábitos nocivos – Consumo diário de bebidas alcoólicas

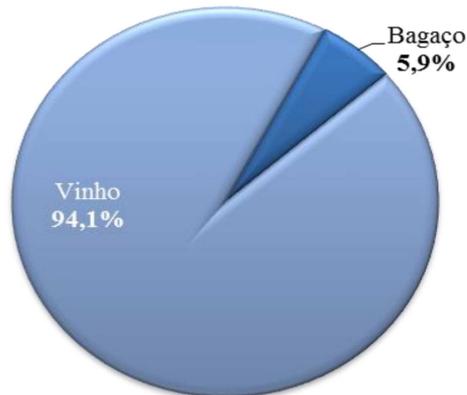
Quando questionados sobre o consumo diário de bebidas alcoólicas, 68,6% (35) dos idosos afirmou não consumir bebidas alcoólicas diariamente. Houve, no entanto, cerca de 31,4% (16) que referiu consumir diariamente bebidas alcoólicas (Gráfico 28).

Gráfico 28. Consome bebidas alcoólicas diariamente



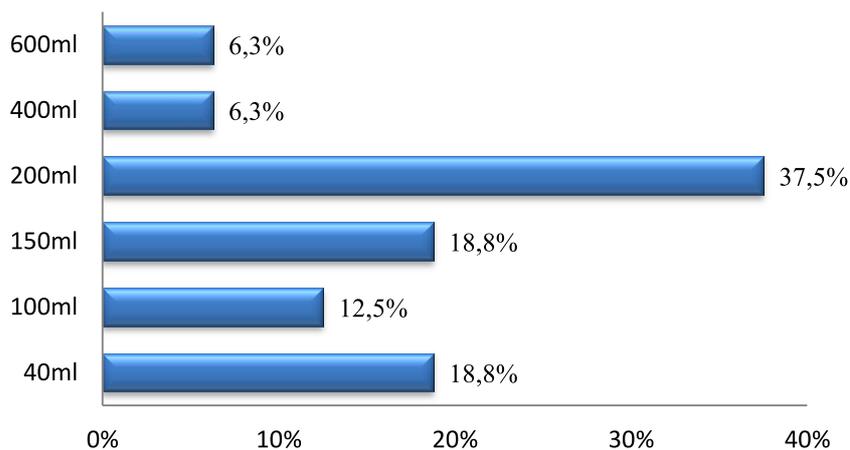
O tipo de bebidas alcoólicas predominante é o vinho, como referem 94,1% (48) dos idosos, (Gráfico 29).

Gráfico 29. Tipo de bebidas alcoólicas



Apenas 5,9% (3) dos idosos relatou ingerir outra bebida alcoólica além do vinho, tendo esta sido o bagaço, referindo beber cerca de 50 ml diariamente. Dos restantes, 94,1% (48) dos idosos que referiu consumir diariamente vinho, predominam os que referem apenas consumir cerca de 200 ml com 37,5% (19) (Gráfico 30).

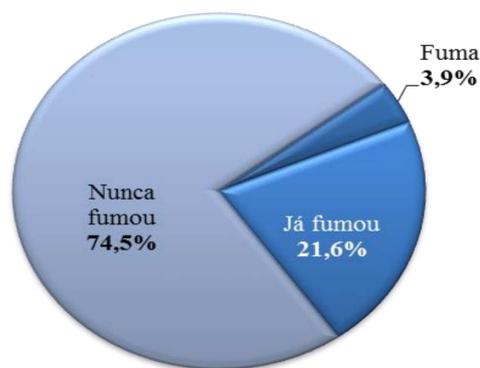
Gráfico 30. Quantidade diária ingerida de bebidas alcoólicas



- Distribuição dos idosos em função dos hábitos nocivos – Consumo de tabaco

Apenas 3,9% (2) dos idosos referiu ter o hábito do consumo de tabaco, cada um deles referiu fumar 5 cigarros por dia e apenas 21,6% (11) mencionou já ter fumado anteriormente, embora não o faça na atualidade. De salientar a elevada percentagem de idosos, 74,5% (38) que alegou nunca ter consumido tabaco, como se pode constatar na Gráfico 31.

Gráfico 31. Consumo de tabaco



- Distribuição dos idosos em função dos cuidados de saúde – Médico de família

A maioria dos idosos, 54,9% (28) referiu ter médico de família, 37,3% (19) referiu não possuir médico de família e 7,8% (4) mencionou que não sabe se tem ou não médico de família (Gráfico 32).

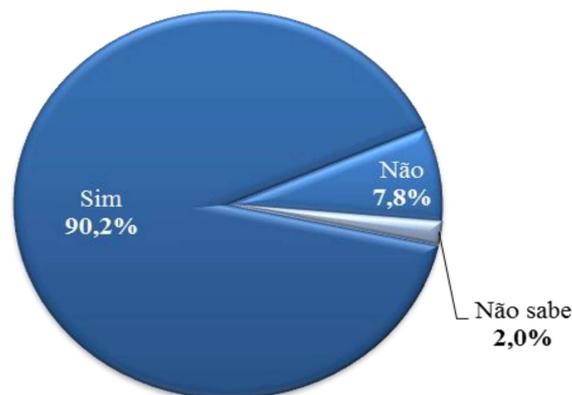
Gráfico 32. Tem médico de família



- Distribuição dos idosos em função dos cuidados de saúde – Doenças

De uma forma geral, dos idosos questionados, 90,2% (46) referiu que sofriam de algum tipo de doença, tendo apenas 7,8% (4) indicado não sofrer qualquer tipo de doença e 2,0% (1) mencionado que não sabiam se tinham qualquer doença (Gráfico 33).

Gráfico 33. Sofre de alguma doença(s)?

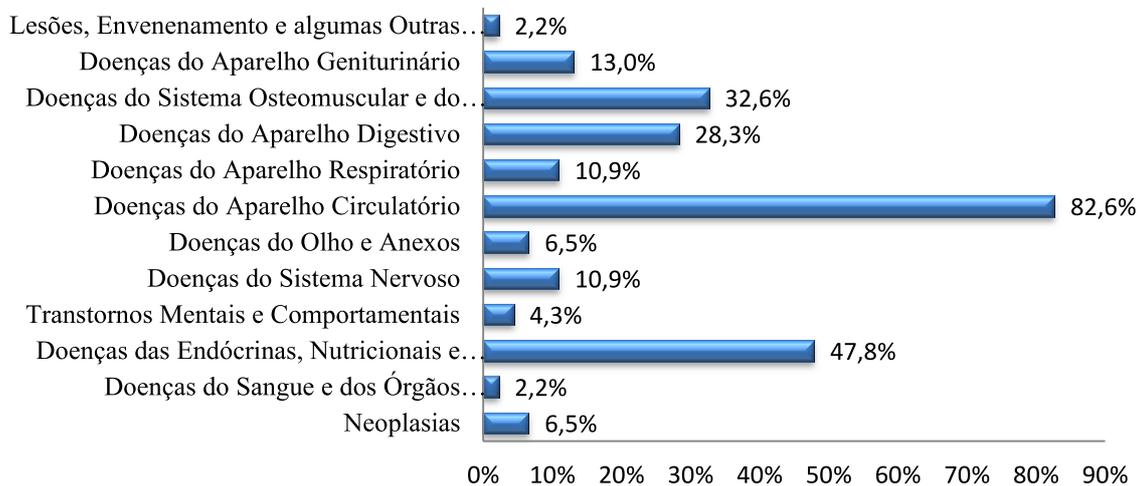


- Distribuição dos idosos em função dos cuidados de saúde – Doença(s) segundo a classificação internacional de doenças e de problemas relacionados com a saúde (CID-10)

De entre as doenças de que padecem os idosos pertencentes à amostra (Gráfico 34), as mais referidas são as que estão relacionadas com o aparelho circulatório (I00-I99), tendo sido referidas por 82,6% (42) dos idosos. Também referidas por 47,8% (24) dos idosos foram as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90). Cerca de 32,6% (17) dos idosos referiu padecer de doenças relacionadas com o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e 28,3% (14) de doenças do aparelho digestivo (K00-K93). De entre as menos referidas encontram-se as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99), com 13,0% (7), as doenças do aparelho respiratório (J00-J99) e do sistema nervoso (G00-G99), com 10,9% (6), as doenças do olho e anexos (H00-H59) e neoplasias [tumores] (C00-D48), com 6,5% (3). De entre as ainda menos referidas encontram-se as relacionadas com transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), com 4,3% (2), e as relacionadas com lesões, envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas (S00-T98)

e doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89), com 2,2% (1).

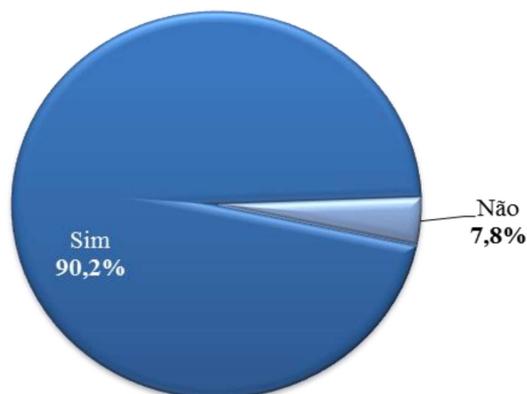
Gráfico 34. Doença(s)



- Distribuição dos idosos em função dos cuidados de saúde – Medicação diária

Relativamente à questão sobre se toma medicação diariamente, salienta-se que 90,2% (45) dos idosos referiu tomar medicação diariamente e apenas 7,8% (4) referiu não tomar qualquer tipo de medicação (Gráfico 35).

Gráfico 35. Medicação diária



- Distribuição dos idosos em função dos cuidados de saúde – Nº de comprimidos (diferentes) que toma diariamente

De entre os idosos que referiram tomar diariamente medicação, 40,8% (21) referiu tomar mais de 6 comprimidos diferentes, 22,4% (11) referiu tomar entre 4 a 6 comprimidos diferentes e 36,7% (19) mencionou tomar 3 ou menos comprimidos diferentes diariamente (Gráfico 36).

Gráfico 36. Número de comprimidos (diferentes) que toma diariamente



- Distribuição dos idosos em função da atividade física - Realiza alguma atividade física semanalmente

Quanto ao facto do idoso realizar algum tipo de atividade física semanalmente, 62,7% (32) referiu realizar atividade física semanal, tendo apenas 37,3% (19) referido não o fazer (Gráfico 37).

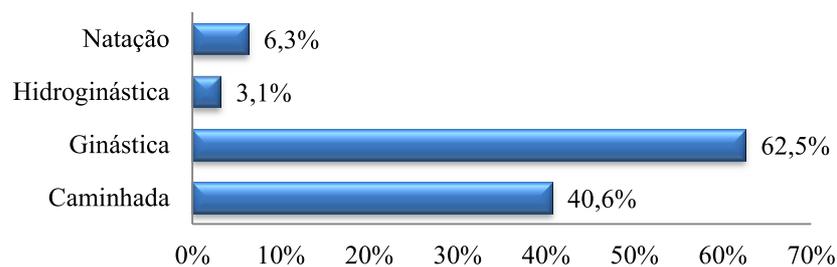
Gráfico 37. Realiza alguma atividade física semanalmente?



- Distribuição dos idosos em função da atividade física - Atividade física semanal

De entre as atividades físicas semanais referidas pelos idosos (Gráfico 38), a ginástica foi a mais referida, com 62,5% (32), seguida das caminhadas, com 40,6% (21). Outras atividades referidas, embora a um menor grau, foram a natação, com 6,3% (3) e a hidroginástica, com 3,1% (2).

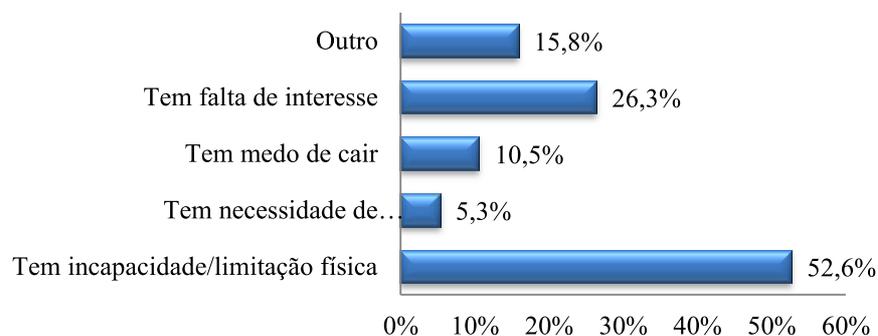
Gráfico 38. Atividade física semanal



- Distribuição dos idosos em função da atividade física – Motivos da sua não prática

De entre os motivos da não prática de atividade física por parte dos idosos (Gráfico 39), 52,6% (27) salientou o facto de terem algum tipo de incapacidade/limitação física para o fazer, 26,3% (13) terem falta de interesse, 10,5% (5) terem medo de cair e 5,3% (3) terem necessidade de descanso/repouso. Cerca de 15,8% (8) referiu outro tipo de motivos como o facto de não o querer fazer sozinho(a). Torna-se importante acentuar que alguns idosos referiram mais do que um motivo para a não prática de atividade física.

Gráfico 39. Motivo da não prática de atividade física



- Distribuição dos idosos em função da atividade física – N° de vezes por semana

No que respeita ao número de vezes que cada idoso pratica algum tipo de atividade física por semana, cerca de 31,3% (15) mencionou fazê-lo mais de 6 vezes por semana, 34,4% (18) entre 4 a 6 vezes e 34,4% (18) 3 ou menos vezes por semana (Gráfico 40).

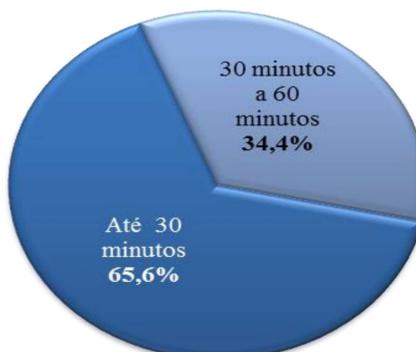
Gráfico 40. Número de vezes por semana de atividade física



- Distribuição dos idosos em função da atividade física – Duração de cada sessão

Quanto a duração de cada sessão dos idosos que dizem praticar algum tipo de atividade física, 65,6% (33) afirmou que a duração dessa atividade era geralmente inferior a 30 minutos e cerca de 34,4% (18) afirmou que a duração era entre 30 a 60 minutos (Gráfico 41).

Gráfico 41. Duração de cada sessão de atividade física



- Distribuição dos idosos em função da atividade física – Importância da prática de atividade física para a saúde

Quando questionados sobre a importância da prática da atividade física para a saúde (Gráfico 42), 52,9% (27) dos inquiridos referiu achar muito importante e cerca de 35,3% (18) afirmou achar importante. De salientar que 9,8% (5) referiu achar pouco importante e 2,0% (1) nada importante.

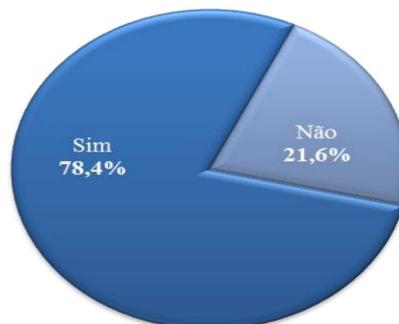
Gráfico 42. Opinião pessoal sobre a prática de atividade física para a saúde



- Distribuição dos idosos em função da segurança

A maior parte dos idosos da amostra, 78,4% (40) demonstrou sentir-se segura em sua casa. No entanto, cerca de 21,6% (11) referiu não se sentir seguro (Gráfico 43). Essa insegurança, na sua maior parte, prende-se com algum tipo de medo, principalmente medo de ladrões ou da solidão.

Gráfico 43. Sente-se seguro em sua casa?



- Distribuição dos idosos em função das quedas

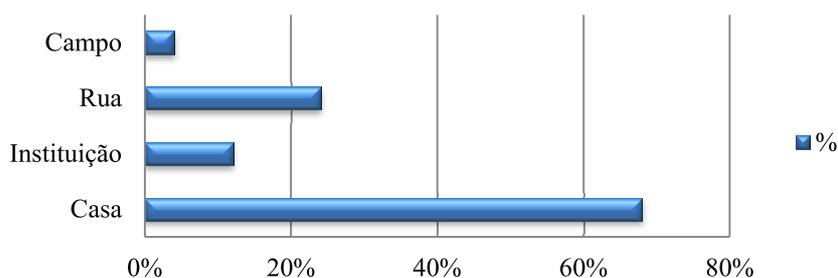
Embora cerca de 51,0% (26) dos idosos tenha referido não terem sofrido qualquer tipo de queda nos últimos 12 meses, 49,0% (25) referiu ter sofrido alguma queda nos últimos 12 meses (Gráfico 44).

Gráfico 44. Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?



Como se pode verificar na Gráfico 45, o local onde uma maior percentagem de idosos referiu ter sofrido uma queda foi na sua própria residência, com 68,0% (35). Outros locais onde os idosos dizem ter sofrido quedas foram a rua, com 24,0% (12), na própria instituição, com 12,0% (6) e no local de cultivo (campo), com 4,0% (2).

Gráfico 45. Local da queda



Escala de avaliação da QV (WHOQOL-Bref)

Nesta secção iremos reportar os resultados obtidos pela aplicação da escala de avaliação da QV proposta pela OMS (WHOQOL). Como já foi referido, utilizamos a escala WHOQOL-Bref, adaptada da versão portuguesa de Serra *et al.* (2006), organizada em quatro domínios: o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente, incluindo ainda uma faceta sobre QV geral.

Como também já salientado, esta escala é constituída por uma escala de likert de 5 pontos em que o menor é 1 e o maior é 5. Resultados mais elevados revelam uma perceção de melhor QV. De lembrar que 3 dos itens têm a sua cotação invertida, sendo estes os itens Q3, Q4 e Q26. Assim, nestes itens pontuações mais altas não significam melhor QV.

Uma das formas de aferirmos acerca da QV é analisando os valores atribuídos por cada um dos elementos da amostra às questões da escala. Assim, valores médios em cada item superiores a 3 revelam que o inquirido está satisfeito com a sua QV (Tabela 10).

Tabela 10.
Valores médios e desvios-padrão da escala da WHOQOL -Bref

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

No que diz respeito à QV dos idosos e tendo em conta os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref, podemos verificar que no subdomínio “físico”, o item com o valor médio mais elevado é o da questão 16 acerca da satisfação com o sono (3,43), seguida da questão 17 acerca da realização da capacidade para realizar as atividades quotidianas (3,29) sendo o item menos cotado o da questão 3 acerca da dor física (2,88).

No subdomínio “psicológico”, constituído por 6 itens, os itens mais cotados são o 5 e o 19 (3,51) relacionados com a impressão de gozar a vida e com o de se encontrar satisfeito consigo próprio, respetivamente. O item menos cotado é o 26 associado a sentimentos negativos com tristeza, desespero, ansiedade ou depressão (2,78).

No subdomínio das relações sociais o item mais cotado é o 20 acerca da satisfação com as suas relações pessoais (3,73) e o menos cotado é o 21 acerca da vida sexual (2,96).

No que diz respeito ao subdomínio das “relações sociais”, salientam-se o item da questão 23 relacionado com a satisfação com o sítio onde vive (3,73) e o 9 acerca do ambiente ser saudável (3,51). O item menos cotado é o da questão 12 relacionado com o dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades (2,73).

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

Assim, as equações utilizadas para calcular a pontuação dos domínios estão descritas na Tabela 11.

Tabela 11.
Equações utilizadas para os domínios da escala da WHOQOL-Bref

Domínio	Equações
G (Geral)	$q1 + q2$
d1 (Físico)	$(6-q3) + (6-q4) + q10 + q15 + q16 + q17 + q18$
d2 (Psicológico)	$q5 + q6 + q7 + q11 + q19 + (6-q26)$
d3 (Relações sociais)	$q20 + q21 + q22$
d4 (Meio ambiente)	$q8 + q9 + q12 + q13 + q14 + q23 + q24 + q25$

A média dos resultados dos itens em estudo foi transformada linearmente para que os resultados variem entre 0 e 100 (Tabela 12).

Tabela 12.
Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref

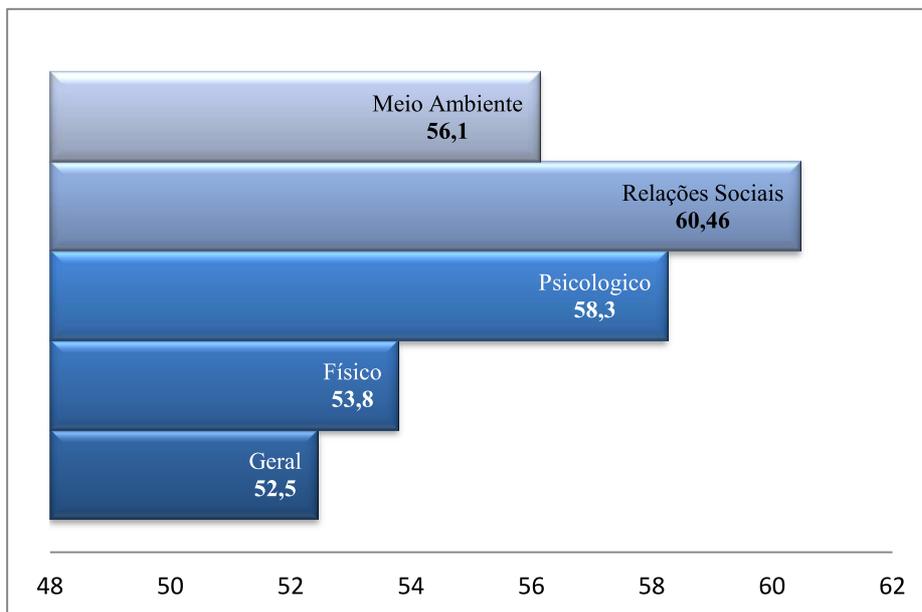
Variável	Trasnsformação linear
G (Geral)	$G_{100} = 100 \times (G - 2) / 8$
d1 (Físico)	$d1_{100} = 100 \times (d1 - 7) / 28$
d2 (Psicológico)	$d2_{100} = 100 \times (d2 - 6) / 24$
d3 (Relações sociais)	$d3_{100} = 100 \times (d3 - 3) / 12$
d4 (Meio ambiente)	$d4_{100} = 100 \times (d4 - 8) / 32$

Os resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref estão refletidos na Tabela 13 e Gráfico 46. Como podemos verificar, o domínio das relações sociais é aquele onde foi atingido o valor mais elevado com 60,5% (31), seguido do domínio psicológico com 58,3% (30). Os domínios com menores índices foram os relacionados com as questões do meio ambiente com 56,1% (29) e o domínio físico com 53,8% (27). Estes quatro domínios conseguiram índices superiores à variável representativa da QV na generalidade, com 52,5% (27).

Tabela 13.
Estatísticas descritivas dos vários componentes da escala WHOQOL – Bref

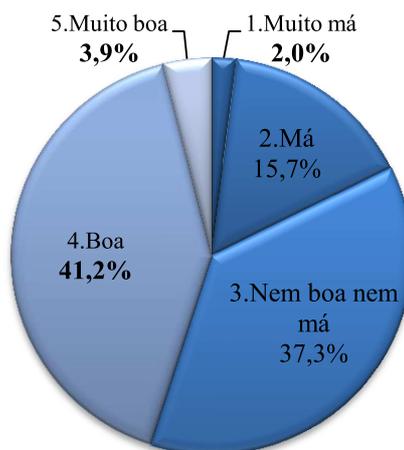
Variável	Mínimo	Máximo	Média	DP
G (Geral)	0,00	100,00	52,45	21,653
D1 (Físico)	3,57	82,14	53,78	18,481
D2 (Psicológico)	20,83	87,50	58,25	17,169
D3 (Relações sociais)	16,67	91,67	60,46	17,783
D4 (Meio ambiente)	15,63	84,38	56,13	11,809

Gráfico 46. Resultados normalizados dos vários componentes da escala WHOQOL-Bref



No que respeita à questão 1 (Gráfico 47) que diretamente questiona o idoso para este classificar de 1 a 5 a sua QV “como classifica a sua qualidade de vida”, 37,3% (19) classificou a sua QV em 3 (nem boa, nem má), 41,2% (21) classificou em 4 (boa) e 3,9% (2) classificou em 5 (muito boa). Verificou-se, no entanto, existir 2,0% (1) dos idosos a classificar em 1 (muito má) e 15,7% (8) a classificar em 2 (má).

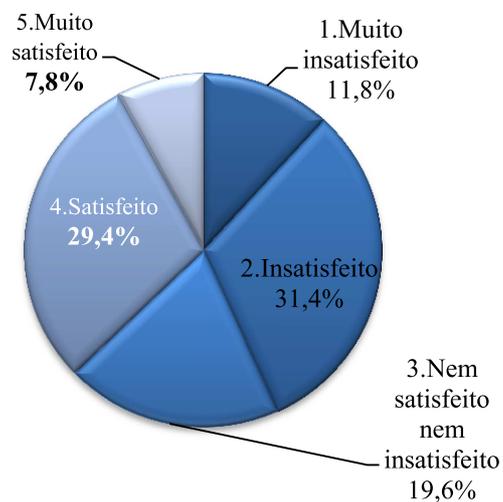
Gráfico 47. Frequências da questão 1 da escala WHOQOL-Bref



A questão 2 por seu lado, questiona o idoso acerca da sua satisfação com a própria saúde. Verificamos que 31,4% (16) referiu estar insatisfeito com a sua saúde e 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 48).

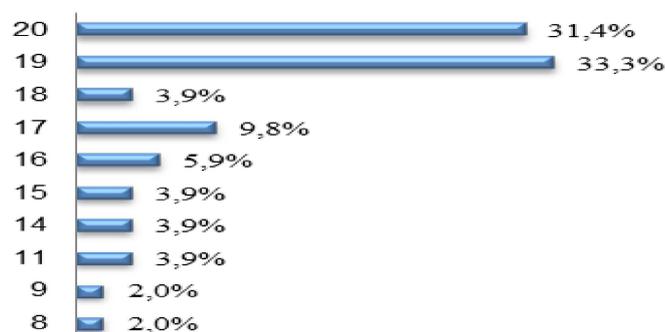
Gráfico 48. Frequências da questão 2 da escala WHOQOL-Bref



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 100 (versão original) ou de 0 a 20 (versão portuguesa, segundo Araújo *et al.* (2007), o grau de dependência do idoso. No Gráfico 49 é possível constatar os valores obtidos pelos idosos pertencentes à nossa amostra do índice obtido da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20.

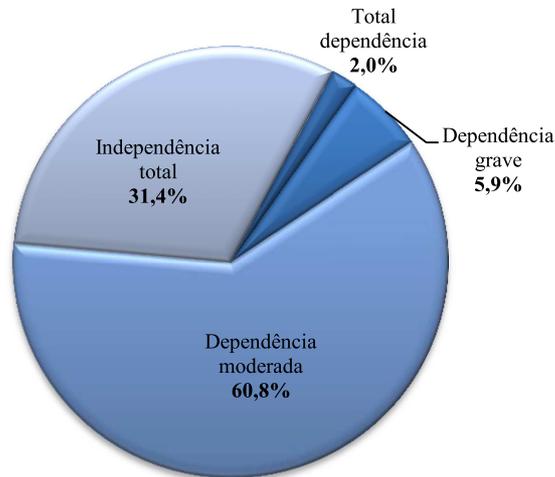
Gráfico 49. Histograma da escala de avaliação de Barthel na escala de 0 a 20



Adotando a classificação de dependência/independência do idoso descrita na Tabela 7, foi possível verificar que 31,4% (16) dos idosos são totalmente independentes, 60,8% (31) tem

uma dependência moderada, 5,9% (3) tem uma dependência grave e apenas 2% (1) destes tem uma dependência total (Gráfico 50).

Gráfico 50. Classificação do grau de dependência dos idosos segundo o Índice de Barthel



2.8. Discussão dos resultados

Nesta parte do trabalho serão evidenciados e discutidos os principais resultados deste estudo, tendo presente a revisão bibliográfica e os dados recolhidos, nomeadamente através dos questionários.

Assim, a nossa amostra caracteriza-se da seguinte forma: dos 51 idosos residentes nos Centros de Dia/Convívio, do concelho de Felgueiras, relativamente ao género, predomina o feminino com um total de 64,7%, sendo o restante do género masculino, subscrevendo as previsões do INE (2012), que apontam para a existência de mais mulheres que homens. Nunes (2008), justifica o facto salientando que “as mulheres sempre se pouparam mais em termos de saúde do que os homens” (p.5). Estes sempre foram mais audaciosos em comportamentos e hábitos de risco, com trabalhos diários mais intensos, implicando uma má alimentação e stresse, ao contrário das mulheres que permaneciam mais tempo em casa, mais sossegadas e tranquilas a cuidar dos filhos (Guimarães, 2010). No que se refere a idade dos idosos, esta oscila entre os 65 e os 90 anos, tendo a maioria da nossa amostra idades compreendidas entre os 76 e os 84 anos (54,9%). Para António (2012), cit. por

Moura (2012, p.101), no que diz respeito às pessoas com mais de 65 anos, “nunca foram tantas a alcançar esta idade”.

A esmagadora maioria dos idosos é viúva (68,6%) e apenas uma pequena percentagem é solteira, divorciada/separada, totalizando estes 9,8% dos idosos.

Referindo-nos às habilitações literárias, no geral os idosos apresentam um baixo nível de escolaridade, visto que 54,9% não tem qualquer nível de ensino. Destes, 39,2% não sabe ler nem escrever e somente 15,7% sabe ler e escrever. Apenas 3,9% possui mais que o 1º ciclo e nenhum possui mais do que o 2º ciclo. Podemos concluir que a população idosa em estudo detém, de um modo geral, baixos níveis de instrução. No que concerne à profissão exercida, é na generalidade as inseridas no grupo dos agricultores, operários e operadores de instalações. Apenas um dos idosos pertence ao grupo dos técnicos e profissionais de nível intermédio. Tais dados equiparam-se aos dados do INE (2001), em que mostra que a atividade do setor primário, nomeadamente a agricultura, é a atividade com maior relevância social e económica.

No que respeita aos rendimentos mensais, maioritariamente os idosos recebem entre os 250€ e os 500€ (45,1%) ou menos de 250€ (31,4%). Como se pode observar, os idosos inquiridos vivem de rendimentos muito baixos, vindo ao encontro de resultados de estudos elaborados, especificamente para a população idosa, que revelam que os mesmos registam as taxas mais elevadas de pobreza (INE, 2002).

A maioria dos idosos vive sozinha (49,0%), em habitação própria geralmente com escadas e com água canalizada/potável. Quando questionados sobre qual o principal motivo que os levou a frequentar o Centro de dia, prevaleceram os idosos que referiram que o principal fator seria o de não estarem sozinhos em casa (58,8%), seguidos dos que referiram que o principal argumento seria para estarem em convívio com outras pessoas (15,7%).

Fora da instituição, a generalidade dos idosos passa o tempo principalmente com trabalhos domésticos. Há, no entanto, outro tipo de atividades referidas, embora em menor grau, como passar o tempo na agricultura/jardinagem (9,8%), a ouvir música/rádio ou a ler (5,9%) e rezar, bordar ou fazer ginástica/caminhadas (3,9%). De salientar que 9,8% refere não fazer nada no seu tempo de lazer quando se encontra fora da instituição. Consideramos que a manutenção das habilidades e das capacidades mentais são fundamentais para o EA. Crabtree e Antrim (1989), Barrett (1993) e Vaillant (2002), cit. por Rodrigues

(2007), consideram que os idosos que se mantêm atentos ao seu meio envolvente, aceitam de forma mais positiva o processo de envelhecimento, conseguindo deste modo manterem ativo o relacionamento social e conseqüentemente conservarem um elevado nível de integridade cognitiva.

No que se refere à convivência, grande parte dos idosos fora da instituição convive principalmente com a família (62,7%), havendo quem conviva, embora em percentagens mais reduzidas, com os vizinhos (19,6%) ou com amigos (11,8%). Verificamos, assim, que a família aparece como primeiro grupo social de referência das pessoas idosas e subscrevemos Alves (1997) ao relatar que “o ambiente familiar é insubstituível para que o idoso se sinta aceite e dignificado na sua pessoa”(p.234). A existência de uma rede informal, segundo Paúl (2005), “é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento ótimo”(p.37).

Surge, ainda, uma parte considerável dos idosos (17,6%) que refere não conviver com ninguém fora da instituição, o que em nosso entender parece preocupante, visto que a manutenção das amizades e as relações familiares são essenciais para evitar a solidão. Para Lewis *et al.*(1994), cit. por Squire (2004), “fatores sociais como o não isolamento e a integração social pode adiar a morbidade e a mortalidade nesta fase mais adiantada da vida”(p.59).

Segundo Mason (1998), “a solidão afeta milhões de indivíduos com mais de 65 anos, tendo sido classificada como um estado emocional pior que a ansiedade” (p.302). Torna-se imprescindível promover o EA nesse grupo de idosos, com o intuito de evitar o isolamento social. É fundamental que as pessoas mais idosas se possam manter ativas, autónomas, com uma QV suportável, afirmando assim o seu papel na sociedade (DGS, 2004a; Paúl, 2005, cit. por Sequeira, 2007).

No que se refere ao número de refeições que os idosos dizem fazer diariamente, uma grande parte refere fazer entre 4 a 5 refeições por dia (70,6%), apenas uma porção residual dos idosos refere fazer 6 ou mais (5,9%), havendo, no entanto, uma percentagem significativa (23,5%) de idosos que refere fazer apenas 3 ou menos refeições por dia. Grande parte das recomendações sugere-nos uma alimentação que favoreça um equilíbrio calórico, orientando-nos para o consumo de nutrientes e outras substâncias consideradas

protetoras e a redução de substâncias ditas prejudiciais (Loureiro, 1999). Contudo, com o avançar da idade, surge com frequência a perda de apetite. Segundo Silva (2012), os idosos “demonstram poucos sentimentos ligados à fome, mas mais ligados à saciedade e ao enfartamento, já que nesta fase da vida verifica-se um aumento das hormonas de saciedade e uma diminuição das hormonas que estimula o apetite” (p.261). A malnutrição nos idosos pode ser motivo de especial preocupação, sobretudo se pensarmos na reduzida capacidade de absorção que possuem relativamente a determinados nutrientes (OMS, 2002). Torna-se importante a prestação do EC neste âmbito, visto que tal situação poderá ser influenciada por fatores físicos, sociais, emocionais e mesmo económicos, não esquecendo fatores relacionados com a dependência do idoso, que muitas vezes não tem possibilidade de realizar tarefas simples como ir as compras, preparar refeições e, conseqüentemente, alimentar-se de forma saudável.

Quando perguntamos sobre os métodos de confeção de alimentos fora das instituições, é de enaltecer o facto de que, apenas uma minoria salienta comer à base de fritos e de assados, bem como o facto de a maioria dos idosos inquiridos incluir alimentos de todos os 7 grupos. Fazendo alusão à ingestão hídrica, foi notório a baixa acentuada praticada nos idosos.

No que se refere às questões relacionadas com o sono/vigília, verificamos que predomina os idosos que referem dormir mais de 6 horas por dia (60,8%), sobre os idosos que referem dormir 6 ou menos horas diárias. No que respeita ao hábito de dormir a sesta, maioritariamente não o faz, embora um número significativo refere fazê-lo. Para Mason (1998), na maior parte das vezes, os idosos desenvolvem a rotina da sesta diária. Carskadon, Vieira e Acebo (1982), cit. por Menna-Barreto & Wey (2007), consideram que, de uma maneira geral, o ciclo sono/vigília nos idosos apresenta-se alterado e mais fragmentado, com uma incidência maior de despertares noturnos e sonos diurnos. Contudo, podemos considerar que as pessoas idosas da nossa amostra não possuem alterações neste âmbito, tendo em conta que os idosos necessitam de 5 a 7 horas diárias de sono (Geib, Neto, Wainberg & Nunes, 2003; Mason, 1998).

Podemos ainda verificar que uma parte significativa de idosos, cerca de um terço, recorre a medicação para dormir, facto comum a essa população (Costa, Souza, Vitor & Araújo, 2011).

Foi também identificado neste estudo a utilização diária de medicamentos e a ingestão diária de mais de 6 comprimidos diferentes, na generalidade dos idosos. Devido aos múltiplos problemas de saúde, os idosos consomem um número elevado e uma variedade de medicamentos, para além de muitas vezes se automedicarem, originando, frequentemente, reações adversas e interações medicamentosas (Mason, 1998). As principais reações adversas são os efeitos sedativos, diuréticos, hipotensão e as reações extrapiramidais, responsáveis pelos vários problemas irreversíveis da mobilidade nos idosos (Mailloux-Poirier, 1994).

No que respeita a bebidas alcoólicas, predominam os idosos que não as consomem, face aos idosos que referem consumi-las diariamente. Das bebidas alcoólicas consumidas, predomina o vinho (94,1%). Para Guimarães (2010), “a relação entre vinho e saúde é complexa, porque o álcool tem efeito positivo nas doenças cardíacas” (p.118). Um destes efeitos é o aumento dos triglicéridos e das alterações nos fenómenos de coagulação sanguínea que favorecem a arteriosclerose, bem como os vários tipos de arritmias e doenças do músculo cardíaco (Loureiro, 1999). Todavia, Guimarães (2010) defende que quando consumido em doses baixas, reduzem a mortalidade. Neste contexto, podemos considerar que o consumo de bebidas alcoólicas, não é um obstáculo para os idosos do nosso estudo, mesmo quando nos referimos aos idosos que consomem vinho, visto que quando consumido moderadamente, pode ser um bom investimento para a saúde, uma vez que é rico em flavonóides e tem um elevado poder antioxidante (Guimarães, 2010; OMS, 2002).

No que concerne ao consumo de tabaco, de salientar a prevalência dos idosos que referem nunca terem consumido. Vários estudos referem que o tabaco é o agente responsável por cerca de um terço das mortes evitáveis, nomeadamente as neoplasias. Nos idosos, o tabaco afeta sobretudo o aparelho respiratório e vascular (Amado, 2012). Nos idosos do nosso estudo, o tabaco não acarreta qualquer problema dado que não são consumidores.

Quanto ao estado de saúde dos idosos inquiridos, a maior parte refere ter médico de família e, de uma forma geral, sofrer de algum tipo de doença. Mason (1998), refere que 86% dos idosos tem pelo menos uma doença crónica e a maior parte tem mais de uma. De entre as doenças de que padecem os idosos pertencentes à amostra, e tendo em conta a classificação internacional de doenças e de problemas relacionados com a saúde (CID-10), as mais referidas são as que estão relacionadas com o aparelho circulatório (I00-I99), seguida das

doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90), em terceiro lugar as doenças relacionadas com o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) e em quarto lugar as doenças do aparelho digestivo (K00-K93). De entre as menos referidas, encontram-se as doenças do aparelho geniturinário (N00-N99), seguidas das doenças do aparelho respiratório (J00-J99), do sistema nervoso (G00-G99), das doenças do olho e anexos (H00-H59) e neoplasias [tumores] (C00-D48). De entre as ainda menos referidas, encontram-se as relacionadas com transtornos mentais e comportamentais (F00-F99), as relacionadas com lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) e pelas doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (D50-D89).

Para Leme e Silva (2000), cit. por Nogueira (2012), o idoso, habitualmente apresenta uma variedade de sinais e sintomas que se assemelham a duas ou mais doenças crónicas. Também Azeredo (2011) e Squire (2005) reforçam a ideia ao salientarem que as doenças cardiovasculares, as neoplasias, a diabetes, as doenças osteoarticulares e as doenças neurodegenerativas são alguns exemplos de patologias prevalentes nestes grupos etários.

Para Costa *et al.* (2011), todas as alterações caracterizam-se como fenómenos incapacitantes, de ocorrência elevada, sendo centro de preocupação social, não só pelo prejuízo físico, mas também psicológico.

Em relação à prática habitual de atividade física, 62,7% dos idosos pratica semanalmente atividade física, embora 37,3% refira não praticar. Segundo Mason (1998), a atividade física regular aumenta a esperança de vida, bem como ajuda a prevenir e controlar doenças crónicas. Contribui para a melhoria não só da forma física mas também do bem-estar emocional do idoso. De entre as atividades físicas mencionadas, a ginástica foi a mais citada (62,5%), seguida das caminhadas (40,6%). Para Astrand (1992), cit. por Loureiro (1999), a prática regular de atividade física contribui para a diminuição da tensão arterial e favorece a diminuição da obesidade, sendo também responsável pela redução do enfarte do miocárdio e dos acidentes vasculares cerebrais.

Dos motivos da não prática de atividade física por parte dos idosos, salienta-se o facto de terem algum tipo de incapacidade/limitação física para o fazer. É de realçar que embora seja em pequeno número, alguns dos idosos referem não praticar atividades física por terem medo de cair. Pimentel e Silva (2012), salientam que pessoas idosas que são ativas

fisicamente, também o são mentalmente, contribuindo para uma imagem positiva de si, bem como para uma melhor QV. Já Dillard, cit. por Berger e Mailloux-Poirier (1994), complementa quando diz que os numerosos problemas de saúde que prejudicam os idosos são resultantes da restrição de atividade.

Fazendo alusão aos que praticam atividade física e ao número de vezes que o fazem por semana, existe no estudo 31,3% dos idosos que refere fazê-lo mais de 6 vezes por semana, 34,4% entre 4 a 6 vezes, porém, 34,4% dos idosos refere praticar atividade física somente 3 vezes ou menos por semana. Maioritariamente, todos os idosos que dizem praticar algum tipo de atividade física afirmam que a duração dessa atividade geralmente é inferior a 30 minutos. Alguns especialistas concordam que se deve fazer exercício, pelo menos, durante aproximadamente 30 minutos por dia, três vezes por semana e em dias alternados (DGS, 2001). Para Mason (1998), “caminhar cerca de 30 minutos por dia é um excelente exercício que se adequa com a maioria dos estilos de vida e poderá produzir benefícios de saúde mensuráveis” (p.291). Matsudo (2006), descreve um novo conceito de atividade física, salientando que qualquer atividade realizada de forma contínua e intervalada pode ser considerada válida. Assim, segundo o mesmo autor, sessões de 10 minutos repartidas em três vezes, ou de 15 minutos repartidas em 2 vezes, seriam ótimas opções para se atingir um envelhecimento saudável. Tal facto não se verificou nos idosos do presente estudo, por essa razão concluímos o quão importante é enfatizar a prática regular de atividade física nos idosos, como forma de promover o envelhecimento saudável e com qualidade.

Independentemente de praticarem ou não atividade física, grande parte dos idosos considera ser importante a sua prática para a saúde. Apenas um ínfimo dos idosos acha pouco ou nada importante. A inexistência de atividade física está associada a um aumento do risco de problemas de saúde, nomeadamente doenças cardiovasculares (Faria, 2000), obesidade, hipertensão, diabetes, diferentes tipos de cancro, osteoporose, depressão e ansiedade (US Department of Health and Human Services, 1996, cit. por Comissão Europeia, 2008; De Cocker, Bourdeaudhuij, Brown & Cardon, 2009).

Devido à falta de visão, de audição e da diminuição do tempo de reação, os idosos estão em especial risco de segurança. Contudo, quando fazemos alusão à segurança do idoso em sua casa, a maior parte dos inquiridos demonstram sentir-se seguro, no entanto, existe 21,6% dos idosos que refere não se sentir seguro na sua casa. Essa insegurança prende-se

na sua maior parte, com algum tipo de medo, principalmente medo de ladrões ou com solidão. Concordamos com Mason (1998), quando menciona que os idosos devem ser incentivados a verificar periodicamente a segurança das suas casas, particularmente da cozinha, casa de banho, escadas e salas, assim como devem ser estimulados a utilizar os medicamentos com segurança.

No que concerne as quedas nos últimos 12 meses, 49,0% do total dos idosos sofreram quedas. Nickens (1985) e Perry (1982), cit. por Spirduso (2005), alegam que “entre um terço e metade da população com mais de 65 anos, ou uma em cada três pessoas mais idosas, cairá pelo menos uma vez por ano” (p.183). As quedas ocorreram, maioritariamente, na residência do idoso. Tal facto é confirmado por Rodrigues (2009), referido por Costa *et al.*, 2011) e por Andrade (2012), ao mencionarem que grande parte das quedas ocorre dentro do domicílio do idoso, sendo a cozinha e quarto de banho os compartimentos mais referidos. Também, segundo a DGS (2005), dos 15% dos acidentes que ocorreram em pessoas com mais de 65 anos, a queda foi o principal mecanismo de lesão, e na sua grande maioria ocorreram em casa (> 65%), tendo uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos. A maior parte das quedas sofridas pelos idosos não provocam danos físicos graves. Contudo, cerca de 10% provocam lesões nos tecidos moles e 6% causam fraturas (DGS, 2000).

Fazendo agora alusão à QV, Pontes (2012) considera que esta está relacionada com o modo como cada um vê o seu mundo, como as pessoas vivem, sentem e depreendem o seu quotidiano. Neste estudo, podemos concluir que relativamente à QV, os idosos estão globalmente satisfeitos com a sua QV em cada um dos domínios da escala, em particular no domínio das relações sociais, cujo valor médio atingiu o valor mais elevado 60,46%, seguido do domínio psicológico com um valor de 58,3%. Estes dois domínios conseguiram índices superiores à média do item referente à QV na generalidade (atribuído por Q1 e Q2), com 57,4%. Na realidade, os idosos deste estudo dizem estar muito satisfeitos com os seus relacionamentos pessoais e com o apoio que recebem dos seus amigos.

Este estudo vem ao encontro do realizado por Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), numa população idosa em que concluíram que estes estavam maioritariamente satisfeitos com a sua QV. Relativamente ao domínio das relações sociais, Bowling, Banister e Sutton (2003), num rastreio à QV de uma população idosa depreenderam que os aspetos mais valorizados pelos idosos eram: “i) ter boas relações com a família e os amigos,

ii)desempenhar papéis sociais, como voluntários e *hobbies*, ...” (p.77). No que se refere ao domínio psicológico, Novo (2003), também referido pelos mesmos autores, considerou que o bem-estar psicológico tem influência na autonomia, no entendimento com o meio, nas relações positivas com os outros, nos objetivos pessoais de vida, no crescimento e aceitação do próprio idoso, vindo deste modo ao encontro do nosso estudo em que o domínio psicológico se apresentou em segundo plano.

Ainda referente à QV, podemos averiguar que os idosos embora estejam globalmente satisfeitos em cada um dos domínios da escala, o domínio relacionado com o meio ambiente atingiu 56,1%, e que o menor *score* foi obtido pelo domínio físico (53,8%), sendo portanto o domínio que traduz menor satisfação com a QV. Tal facto poderá estar relacionado com a comorbidade existente na maioria dos idosos deste estudo e que se manifesta no quotidiano por dor e desconforto. Assim, quando perguntamos até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?(Q2), verificamos que os idosos encontram-se pouco satisfeitos, contudo, tal insatisfação não influencia a QV dos mesmos. Podemos, deste modo, concordar com Rothermund e Brandtstadter (2003), referido por Paúl *et al.*(2005), quando salientam que a dificuldade dos idosos relacionada com a saúde e com o comportamento dos mesmos, associados às doenças e perdas irreversíveis, não traz grande impacto negativo na QV. Segundo os mesmos autores,tal ocorrência poderá dever-se às estratégias de *coping* que os idosos utilizam para ultrapassar as dificuldades que vão surgindo ao longo das suas vidas.

Face ao grau de dependência do idoso avaliada através do Índice de Barthel, foi possível constatarque na generalidade, os idosos participantes do estudo são independentes (64,7%), 27,5% tem uma dependência moderada, estando apenas uma pequena parcela (7,8%), com grave dependência. Sabemos que as dificuldades de desempenharmos tarefas (AIVD's e AVD's) aumentam à medida que se envelhece, bem como as patologias decorrentes da idade aumentam a dependência do idoso (Nogueira, 2012; OMS, 2002). Por essa razão, consideramos ser necessário trabalharmos no intuito de alongar o tempo de chegada dessa dependência. Nesse sentido, surge a ânsia de preparar o idoso para um EA, com o fim de beneficiar uma vida o menos dependente possível. Incentivar a capacitação dos idosos no controlo da sua saúde é uma mais-valia para permanecerem independentes.

2.9. Problemas de saúde identificados

Depois de efetuado o diagnóstico de situação e analisados os resultados obtidos, foram identificados vários tipos de problemas que, segundo Imperatori e Geraldís (1986), correspondem às necessidades sentidas e expressas pela população. Os problemas identificados foram agrupados conforme se apresentam no Tabela 14.

Tabela 14.
Problemas de saúde identificados

Problemas Identificados	
Solidão	<ul style="list-style-type: none"> • A maior parte dos idosos vive sozinho (49,0%). • 58,8% refere que foram para o centro de dia/convívio para não ficarem sozinhos em casa. • Fora da instituição 43,1% dos idosos ocupa os seus tempos livres a realizar trabalhos domésticos e 39,2% a ver televisão.
Barreiras arquitetónicas na habitação	<ul style="list-style-type: none"> • 68,6% menciona que tem escadas em casa.
Sedentarismo	<ul style="list-style-type: none"> • Fora da instituição, 39,2% dos idosos vê televisão nos seus tempos livres.
Hábitos alimentares incorretos	<ul style="list-style-type: none"> • 23,5% refere fazer apenas 3 ou menos refeições. • 72,5% bebe menos de 1 litro de água por dia.
Existência de doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • 90,2% sofre de doenças.
Polimedicação	<ul style="list-style-type: none"> • 40,8% diz tomar mais de 6 comprimidos diferentes diariamente.
Escassa atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • 37,5% não realiza atividade física semanal.
Quedas	<ul style="list-style-type: none"> • 49,0% refere ter caído no último ano. • 68,0% menciona terem caído em casa

3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Visando o planeamento, a pertinência dos planos, a eficiência dos recursos e a otimização dos resultados a atingir para a implementação do projeto, tornou-se necessário selecionar prioridades. Nesse sentido, formou-se o grupo de peritos que se fez representar pelas quatro alunas do Curso de Mestrado e pela enfermeira responsável da UCC de Felgueiras.

Consideramos que, idealmente, deveríamos também incluir os diretores técnicos dos centros de dia/convívio e até representantes dos idosos, no entanto, dada a quantidade de instituições e o tempo de estágio disponível, não nos pareceu uma opção viável. Assim, a enfermeira da UCC representa um perito conhecedor da comunidade.

De seguida, procedeu-se à ordenação hierárquica dos problemas de saúde detetados através da utilização da “escala de medida linear”. O método foi escolhido por consenso do grupo e consiste numa escala de 0 a 1,00, sendo este valor correspondente à pontuação máxima. Atribuiu-se um valor desta escala a cada um dos problemas, sendo que no final foram devidamente ordenados pela média dos valores obtidos, entre todos os intervenientes, conforme mostra a Tabela 15.

Tabela 15
Valor dos problemas segundo escala de medida linear

	P1	P2	P3	P4	P5	Total
Solidão	0,9	0,5	0,8	0,5	0,7	3,4
Barreiras arquitetónicas na habitação	0,8	0,7	0,7	0,6	0,2	3,0
Sedentarismo	0,6	0,3	0,4	0,8	0,5	2,6
Hábitos alimentares	0,5	0,9	0,9	0,2	0,6	3,1
Doenças	0,1	0,4	0,3	0,4	0,4	1,6
Polimedicação	0,4	0,6	0,6	0,3	0,3	2,2
Escassa atividade física	0,7	0,8	0,5	0,7	0,8	3,5
Quedas	1	1	1	1	1	5

Neste contexto, surgiu-nos a lista final de prioridades, tal como apresentado na Tabela 16. Deste modo, e tendo a certeza que era impossível intervir em todos os problemas identificados, verificamos que as “quedas” seria o problema a ser resolvido em primeiro plano.

Tabela 16.
Determinação de prioridades

Problemas de Saúde	Prioridades
Quedas	1º
Escassa atividade física	2º
Solidão	3º
Hábitos alimentares incorrectos	4º
Barreiras arquitetónicas na habitação	5º
Sedentarismo	6º
Polimedicação	7º
Doença	8º

A determinação do problema foi uma mais-valia para esta comunidade, uma vez que outras instituições ou UCC's poderão partir deste ponto para criarem, desenvolverem e implementarem novos programas e projetos que permitam prevenir as quedas.

Definir o problema de saúde “quedas” em primeiro lugar na priorização, não significou para o grupo ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação. Convém referir que centramo-nos unicamente nesse problema, apenas por uma questão de disponibilidade de tempo, de recurso físicos, humanos e financeiros. Consequentemente, todos os dados obtidos foram disponibilizados às entidades competentes, com o intuito de darem continuidade a este trabalho.

Definido o problema de saúde e antes de passar à terceira etapa do planeamento em saúde, fixação de objetivos, consideramos essencial fazer um breve desenvolvimento sobre o problema identificado.

3.1. O idoso e as quedas

Segundo Santos e Andrade (2005), queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial que compromete a estabilidade do indivíduo. Paschoal e Lima (2006), referem que tais eventos encontram-se em toda a população, contudo, são mais frequentes em indivíduos idosos.

De acordo com Papaléo Netto (2002), a frequência de quedas em pessoas idosas é muito mais alta do que se imagina, uma vez que os idosos as aceitam como um acontecimento inevitável do envelhecer e normalmente não as relatam. A este propósito, Hough (1996)

refere que as quedas explicam mais de dois terços de mortes, e 70% das quedas mortais ocorrem em 11% da população com mais de 65 anos de idade.

Muitas quedas estão relacionadas com fatores intrínsecos, com as condições físicas da pessoa, decorrentes de alterações fisiológicas relacionadas com o envelhecimento, tais como dificuldade auditiva e visual, doenças crônicas e efeitos causados pelo uso de medicamentos ou por associação entre eles. Outras causas podem estar relacionadas com os fatores extrínsecos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que perturbam o equilíbrio e criam desafios ao idoso, tais como tapetes soltos, fraca iluminação, pisos escorregadios, calçados inadequados (Paixão Júnior & Heckmann, 2002).

Consequências das quedas

As quedas podem trazer aos idosos consequências diversas, tais como fraturas, lesões graves e, em alguns casos, consequências fatais (Hough, 1996; Paschoal & Lima, 2006). Associado a estas consequências, surge a perda de autonomia e independência para as AVD's, diminuição de atividades sociais, isolamento, insegurança e medo.

Ergue-se, contudo, um outro problema, que é a incapacidade do idoso se levantar sozinho após um episódio de queda, levando a um longo tempo de permanência caído no chão. Tal ocorrência traz ao idoso problemas físicos e psicológicos, podendo ainda causar desidratação, pneumonia e medo de outras quedas.

Reduzir as quedas e as suas consequências contribui para melhorar a QV e atenuar os gastos dos serviços de saúde. Preveni-las é de suma importância e a sua intervenção, segundo Paixão Júnior e Heckman (2002), pode ser feita através da “atividade física, nutrição, avaliação de riscos domésticos e revisão periódica de medicamentos” (p.633).

Para Jacob (2007), a atividade física surge igualmente como um fator essencial para a redução da deterioração física do idoso. Uma atividade física regular aumenta a força muscular, a flexibilidade, a coordenação dos movimentos, promove o convívio social, e conseqüentemente, melhora a QV do idoso.

Face ao exposto, torna-se necessário a realização de programas de exercícios físicos para idosos que proporcionem benefícios em relação às capacidades motoras, que apoiem a

realização das AVD's e que ajudem a melhorar a capacidade de trabalho e de lazer do idoso.

4. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Após executado o diagnóstico de situação e definido as quedas como problema prioritário, passamos à fase de fixação dos objetivos, correspondente à terceira etapa do planeamento em saúde. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), objetivo é um “enunciado do resultado desejável do problema alterando em princípio, a tendência da sua evolução” (p.79).

Assim, definimos como objetivo geral do estudo **“reduzir em 20% as quedas na população com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam os Centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, pertencentes ao estudo, até 2015.”**

Relativamente aos objetivos específicos, definimos os que serão realizados pelo grupo até ao término do estágio e outros que terão continuidade pelos profissionais de saúde da UCC de Felgueiras, até 2015.

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

1. Conseguir que até final de janeiro de 2013, 90% dos idosos adira a uma das atividades;
2. Conseguir que até janeiro de 2013, 70% dos idosos demonstre conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa;

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

1. Conseguir que até 2015, 90% dos idosos adira a pelo menos uma atividade de cada projeto;
2. Conseguir que até 2015, 90% dos idosos tenha recebido pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde;
3. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos adapte as suas casas como medida preventiva de quedas;
4. Conseguir que até 2015, 80% dos idosos demonstre conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas;
5. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realize pelo menos um rastreio auditivo;

6. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos realize pelo menos um rastreio visual;
7. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos realize pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação;
8. Conseguir que até 2015, 30% dos idosos adira à prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana.
9. Conseguir que até 2015, 50% dos idosos participe na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.
10. Conseguir que até 2015, 60% dos idosos demonstre conhecimentos de como saber “Cair e Levantar”.

Como indicadores para avaliação dos objetivos anteriormente definidos, consideramos:

1. Percentagem de idosos que aderiram a uma atividade, até janeiro de 2013;
2. Percentagem de idosos que demonstraram conhecimento sobre barreiras arquitetônicas/prevenção de quedas em casa, até janeiro de 2013;
3. Percentagem de idosos que aderiram a pelo menos uma atividade em cada um dos projetos, até 2015;
4. Percentagem de idosos que receberam pelo menos uma visita domiciliária dos profissionais de saúde, até 2015;
5. Percentagem de idosos que adaptaram as suas casas como medida preventiva de quedas, até 2015;
6. Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre comportamentos a adotar na prevenção de quedas, até 2015;
7. Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio auditivo, até 2015;
8. Percentagem de idosos que realizaram pelo menos um rastreio visual, até 2015;
9. Percentagem de idosos que realizaram pelo menos uma sessão prática de exercício físico/reabilitação, até 2015;

10. Percentagem de idosos que aderiram à prática de Tai Chi Chuan pelo menos uma vez por semana, até 2015;
11. Percentagem de idosos que participaram na sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”, até 2015;
12. Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos de como “Saber Cair e Levantar”, até 2015.

5. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Para dar continuidade ao planeamento em saúde é necessário definir a intervenção comunitária que pretendemos implementar. Intervir na comunidade tem como objetivo principal mudar comportamentos e atitudes de forma a promover a saúde, reduzir ou prevenir complicações sociais ou pessoais.

Atualmente, o EC está apto para participar de forma multidisciplinar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde da comunidade, bem como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das mesmas. Deste modo, o EC intervém em múltiplos contextos com vista ao bem-estar do indivíduo e da comunidade, responsabilizando-se por identificar as suas necessidades e assegurar a continuidade dos cuidados, promovendo as articulações necessárias, fomentando uma prática integrante com os outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político (Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro).

Neste sentido, propomos projetar um plano de intervenção, procurando de forma simples mas objetiva, contribuir para uma boa política de desenvolvimento do bem-estar e da QV da comunidade, promovendo o *empowerment* e a participação ativa da mesma. Desenvolvemos, assim, algumas estratégias de intervenção comunitária que, segundo Imperatori e Giraldes (1986), é o processo mais adequado para minimizar problemas de saúde considerados prioritários. Tais estratégias irão gerar novas formas de atuação que permitirão alcançar os objetivos inicialmente fixados e infletirão a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.

Contudo, para a conceção das estratégias, tivemos em consideração alguns pressupostos, tais como: as características da população em estudo, as limitações temporais e os recursos disponíveis. Neste contexto, foram criadas as seguintes estratégias:

- Envolvimento da equipa de UCC de Felgueiras;
- Envolvimento dos diretores técnicos e de uma professora de educação física em todo o processo;

- Desenvolvimento de sessões de educação de saúde, teóricas e práticas, sobre prevenção de quedas, dirigidas aos idosos pertencentes ao estudo;
- Elaboração de uma “Banca da Saúde”, dirigida a todos os utentes dos Centros de dia/Convívio do concelho dos Felgueiras;
- Distribuição de panfletos informativos aos idosos.

Para a implementação das estratégias desenvolvidas, pretendemos fomentar atividades expositivas, que transmitam conhecimentos e estimulem os idosos que participam nos projetos, para a prática de hábitos de vida saudáveis, bem como atividades dinâmicas, com recurso a exercícios físicos/reabilitação como forma de prevenção de quedas.

5.1. Programa “EnvelheSER Ativo Sem Quedas”

Uma vez traçadas as estratégias e por forma a atender o problema detetado e priorizado, elaboramos o programa “**EnvelheSER Ativo Sem Quedas**” e três projetos “**Cuida-te**”, “**Toca a Mexer para Melhor Envelhecer**” e “**Casa Segura**”, conforme Tabela 17.

Entendemos como projetos o conjunto das atividades que decorreram no período de estágio e que terão continuidade até 2015, visando obter um resultado específico que contribuirá para a execução do nosso programa.

Tabela 17.
Atividades programadas dos projetos

EnvelheSER Ativo Sem Quedas!			
Projeto	“Casa Segura”	“Cuida-te”	“Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”
Atividades	Atividade 1: Sessão de educação para a saúde sobre as barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa.	Atividade 1: Sessão de educação para a saúde sobre comportamentos a ter, relativamente à prevenção de quedas dirigida aos idosos.	Atividade 1: Sessão prática de exercício físico/reabilitação dirigida aos idosos.
	Atividade 2: Filme “Casa Segura”.	Atividade 2: Rastreo auditivo e visual.	Atividade 2: “Banca da Saúde” direcionada aos idosos com informações relativas ao exercício físico como forma de prevenir as quedas.
	Atividade 3: Visita domiciliária a casa dos idosos.		Atividade 3: Sessão prática de Tai Chi Chuan dirigida aos idosos. Atividade 4: Sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”.

Todos os projetos foram elaborados e organizados de acordo com os objetivos já mencionados, assim como as diversas atividades minuciosamente planeadas para que os mesmos pudessem ser executados. A escolha das atividades foi um processo moroso, ao qual demos especial atenção, visto que tivemos de ter em conta os pressupostos anteriormente referidos.

5.1.1. Projeto “Casa Segura”

Pretendemos com este projeto aumentar os conhecimentos dos idosos sobre a prevenção de quedas em casa e realizar visitas domiciliárias, no intuito de identificar, junto dos mesmos, problemas relacionados com as barreiras arquitetónicas que ponham em risco a sua saúde e que possam vir a ser alteradas. Este projeto terá a duração de 3 anos.

<p style="text-align: center;">Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde em relação às barreiras arquitetónicas/quedas em casa dirigida aos idosos</p>

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Local: Nos vários Centros de dia e Centro de convívio que participaram no estudo.

Custos e Financiamento: Suportados pelas alunas e pela UCC Felgueiras.

Período de Intervenção: 4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: Sala, computador, projetor, cartaz e panfleto informativo sobre exercícios físicos/reabilitação para prevenção de quedas em casa.

<p style="text-align: center;">Atividade 2 - Apresentação do filme “Casa Segura”</p>

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Local: Escola Secundária da Lixa.

Custos e Financiamento: Suportados pelas alunas.

Período de Intervenção: 17 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: Sala, computador, filme e projetor.

Atividade 3 - Visitação domiciliária a casa dos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Enfermeiras e Assistente Social da UCC de Felgueiras.

Local: Casa dos idosos.

Custos e Financiamento: Suportados pela UCC Felgueiras.

Período de Intervenção: A designar.

Recursos Materiais: Viatura.

5.1.2. Projeto “Cuida-te”

Com este projeto pretendemos aumentar os conhecimentos dos idosos sobre comportamentos, tais como alimentação adequada, uso correto de medicamentos, prática regular de exercício físico, para além de uma série de atitudes preventivas a adotar na prevenção de quedas. Este projeto terá a duração de 3 anos.

Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde sobre comportamentos a ter relativamente à prevenção de quedas dirigida aos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Enfermeiras da UCC de Felgueiras.

Local: Nos vários Centros de dia e Centro de convívio que participaram no estudo.

Custos e Financiamento: Suportados pela UCC de Felgueiras.

Período de Intervenção: A designar.

Recursos Materiais: Sala, computador e projetor.

Atividade 2 - Rastreio auditivo e visual aos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Profissionais de Saúde da Equipa da UCC de Felgueiras e Técnicos Especializados.

Local: A designar.

Custos e Financiamento: A designar.

Período de Intervenção: A designar.

Recursos Materiais: A designar.

5.1.3. 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, independência e prevenir de quedas. Este projeto terá a duração de 3 anos.

Atividade 1 – Sessão prática de exercício físico/reabilitação dirigida aos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Alunas do 2º CMEC da ESEVS e Professor de Educação Física e Enfermeiras Especialistas de Reabilitação da UCC de Felgueiras.

Local: Todos os Centros de dia e Centro de convívio e Escola Secundária da Lixa.

Custos e Financiamento: Suportados pela UCC de Felgueiras.

Período de Intervenção: 4, 5, 6, 7, 10, 12, 17 e 19 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: Sala, computador, música, balões, rolos, fitas e cadeiras.

Atividade 2 – “Banca da Saúde” direcionada aos idosos com informações relativas ao exercício físico como forma de prevenir as quedas

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Alunas do 2º CMEC da ESEVS e Enfermeira da UCC de Felgueiras.

Local: Escola Secundária da Lixa.

Custos e Financiamento: Suportada pelas alunas.

Período de Intervenção: 17 de dezembro de 2012.

Recursos Materiais: Sala, mesa e folhetos informativos sobre exercícios físico/reabilitação.

Atividade 3 – Sessão prática de Tai Chi Chuan dirigida aos idosos

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Enfermeiras da UCC de Felgueiras e professor de Tai Chi Chuan.

Local: A designar.

Custos e Financiamento: A designar.

Período de intervenção: A designar.

Recursos Materiais: Sala, computador e música.

Atividade 4 – Sessão prática sobre “Saber Cair e Levantar”

Entidade Proponente: Alunas do 2º CMEC da ESEVS.

Entidade Executora: Enfermeiras da UCC de Felgueiras.

Local: Centros de dia e Centro de convívio.

Custos e Financiamento: Suportados pela UCC Felgueiras.

Período de Intervenção: A designar.

Recursos Materiais: A designar.

6. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

Para dar início a execução do programa e dos três projetos elaboramos várias atividades, umas que foram realizadas até janeiro de 2013 e outras, que deverão realizar-se até 2015. Para a implementação das atividades, tivemos em atenção as limitações existentes, desde as características da população alvo, a limitação temporal e a escassez de recursos. É de salientar que foram realizadas várias atividades no mesmo dia pertencentes a projetos diferentes. Assim, passamos a descrever as atividades realizadas até janeiro de 2013.

Do projeto “Casa Segura”, realizou-se a **Atividade 1 -Sessão de educação para a saúde sobre “Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa”**. As sessões foram realizadas nos dias 4, 5, 6, 10, 12 e 19 de dezembro de 2012, conforme demonstra o plano de sessão (Tabela 18), com uma apresentação multimédia de imagens (Anexo E).

Tabela 18.

Plano de sessão - Casa Segura/Atividade 1 - Sessão de educação para a saúde “Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa”

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

Na verdade, a tão célebre frase “Lar doce lar” deixa de fazer sentido quando verificamos que, grande parte das vezes as quedas acontecem na própria residência dos idosos. Aquela que deveria ser um local de conforto e segurança acaba por ser um “campo armadilhado” e motivador de quedas.

Habitualmente, os idosos só prestam atenção ao risco de queda quando esta já aconteceu, sendo por isso importante preveni-las, tendo em conta alguns aspetos fundamentais. Assim, estas sessões realizaram-se com o desígnio de fornecer aos idosos os conhecimentos necessários de como prevenir quedas nas suas próprias casas. Para reforçar a informação foram também distribuídos folhetos com aconselhamentos/sugestões sobre prevenção de queda (Anexo F).

Desta forma, a intervenção do EC tornou-se essencial para integrar conhecimentos que ajudassem os idosos a identificar possíveis perigos existentes nos seus lares e os orientasse para pequenas intervenções que poderiam fazer com o intuito de prevenir os riscos de quedas e obter melhor QV.

As sessões promoveram um momento de convívio em que todos os idosos quiseram participar trocando ideias e experiências.

Ainda do projeto “**Casa Segura**”, realizamos a **Atividade 2- Apresentação do filme “Casa Segura”**. O filme foi organizado de acordo com o plano apresentado (Tabela 19), foi exibido no dia 17 de dezembro de 2012 e mostrava imagens relacionadas com a prevenção de quedas dos idosos em casa.

Os participantes foram convidados a sentar-se para assistir ao filme, com uma duração de cerca de 5 minutos. Com a apresentação do filme, proporcionamos aos idosos a possibilidade de visualizar os perigos que poderiam existir nas suas casas e como ultrapassá-los. No final da apresentação fomentou-se a troca de opiniões entre os idosos, seguindo-se uma orientação e ajuda aos mesmos na escolha de atitude corretas.

Tabela 19.

Plano de sessão - Casa Segura/Atividade 2 – Filme “Casa Segura”

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

Do projeto “**Toca a Mexer para Melhor Envelhecer**”, realizou-se a **Atividade 1 – Sessão prática de exercício físico/reabilitação**. Nos mesmos dias e no final das sessões relativas à atividade 1 do projeto “Casa Segura”, realizamos, com a colaboração das Enfermeiras da UCC Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma sessão prática de reabilitação com os idosos, dando início a este projeto. A organização seguiu-se conforme o plano de sessão apresentado (Tabela 20).

Tabela 20.

Plano de sessão – Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 1 – Sessão prática de atividade física/reabilitação

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

Nestas sessões, realizaram-se exercícios de resistência para fortalecimento muscular, membros superiores e inferiores: exercício de flexão e extensão plantar e reforço dos músculos isquiotibiais; treino da flexibilidade e alongamento.

Os exercícios realizados foram simples, de modo a que os idosos pudessem reproduzi-los no seu domicílio. No final da sessão foi eleito um responsável em cada Centro de dia/Centro de convívio para, semanalmente, e utilizando o cartaz de exercício físico deixado nos respetivos centros, dar continuidade à atividade (Anexo G). Nesta sessão prática, mais uma vez os idosos mostraram-se entusiasmados, participando em todos os exercícios que lhe eram propostos.

Para complementar esta atividade, realizamos, em conjunto com as várias instituições no dia 17 de dezembro de 2012, no encontro de Natal e sob a orientação de uma professora de educação física, uma sessão de exercício físico para os idosos. Nesta atividade, realizamos

um conjunto de exercícios práticos, com o intuito de fomentar o convívio entre os idosos e incentivar a prática dos mesmos. Tendo em conta que a diminuição da força muscular, a inflexibilidade, a sinergia contribuem para as quedas e fraturas, o exercício físico surge como uma estratégia eficaz para as prevenir. Segundo Overstall (1980) e Roberts, Fitz e Patrick (1983), cit. por Spirduso (2005), “o uso de mecanismos de equilíbrios que ocorrem na atividade física crônica também aumentam a autoconfiança das pessoas mais idosas em suas capacidades, o que por sua vez aumenta a mobilidade” (p.197).

Nesta sessão, os idosos realizaram exercícios de pé e outros sentados, utilizaram vários objetos, tais como: balões, fitas e rolos ao som de uma música animada. Os exercícios realizados foram atraentes, diversificados, com intensidade moderada e de baixo impacto. Foram realizados de forma gradual e promovendo a proximidade social.

Com esta atividade foi possível alcançar níveis bastantes satisfatórios de desempenho físico, foi também uma oportunidade para demonstrarmos como pode ser agradável realizar atividade física, bem como reforçar as vantagens que esta pode trazer. A sessão terminou com o entusiasmo dos idosos a realizarem exercício físico com arrombamento dos balões com os pés, o que mais uma vez demonstrou a autoconfiança, satisfação, bem-estar psicológico e interação social que esta atividade lhes proporcionou.

Ainda do projeto “**Toca a Mexer para Melhor Envelhecer**”, realizamos a **Atividade 2 – “Banca da Saúde”**. Esta atividade foi realizada no dia 17 de dezembro de 2012, no encontro de Natal dos vários Centros de dia/Centro de convívio para esclarecimento de dúvidas sobre exercício físico/reabilitação e prevenção de quedas. Foi organizada seguindo o plano de sessão apresentado (Tabela 21).

Tabela 21.

Plano de Sessão – Toca a Mexer para Melhor Envelhecer/Atividade 2 – Banca da Saúde.

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

Nesta banca foi fornecido um folheto de esclarecimento sobre exercício físico/reabilitação para os idosos realizarem em casa, com intuito de os informar de como é possível melhorar a aptidão física e reduzir o risco de quedas. O folheto apresentava-se com imagens para ser de mais fácil interpretação e foi fornecido para complementar a informação e fomentar a discussão entre os idosos (Anexo H).

Foram ainda realizadas abordagens educacionais que permitiram fornecer aos idosos informações e conhecimentos sobre questões de saúde. Estas abordagens foram de grande interesse, uma vez que deram a oportunidade aos idosos de individualmente manifestarem as suas dúvidas e necessidades.

Todas as atividades desenvolvidas motivaram o grupo, que se sentiu afagado pelos idosos e valorizado pelos mesmos. Apercebemo-nos de que os idosos demonstraram estar bastante satisfeitos com as atividades realizadas, considerando-as úteis na sua vida diária, e que compreenderam a importância do nosso trabalho.

Concluiu-se que a implementação destes projetos é sobretudo essencial para a promoção da saúde e bem-estar dos idosos, não esquecendo os benefícios que trouxeram para o estreitamento das relações sociais entre eles.

7. AVALIAÇÃO

A avaliação consiste na última etapa do planeamento em saúde, e através desta tentamos averiguar o resultado de todas as intervenções realizadas. Ocorre ao longo de todo o processo, em conformidade com cada uma das fases do planeamento e não somente na sua fase final. Segundo Tavares (1990), com a avaliação pretende-se melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos, assim como fundamentar as atividades realizadas e detetar insuficiências.

É somente através da avaliação que podemos concluir se todo o trabalho desenvolvido teve ou não êxito. Contudo, e tendo em conta o tempo em que decorreu este estudo, tornou-se impossível avaliar se houve ou não mudanças de comportamento ou alterações do estado de saúde dos idosos. Todavia, foi pertinente fazer outras reflexões de carácter avaliativo.

Assim, para a avaliação dos objetivos específicos a serem cumpridos até o final do estágio, utilizamos os dois indicadores fixados anteriormente:

- 1º. Percentagem de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa, até janeiro de 2013;
- 2º. Percentagem de idosos que aderiram a uma atividade, até janeiro de 2013.

Relativamente ao primeiro indicador, passamos a referir como se procedeu à avaliação dos conhecimentos. Assim, com o intuito de verificarmos se os idosos adquiriram conhecimentos através da informação transmitida na *Sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa*, do **projeto “Casa Segura”/Atividade 1** – foi pedido aos idosos que preenchessem uma ficha de avaliação com sete pares de imagens (certa ou errada), em que teriam de escolher a figura com a atitude correta a tomar para prevenir as quedas (Anexo I). Consideramos para esta avaliação que os idosos teriam conhecimentos se tivessem respondido corretamente a, pelo menos, 6 dos 7 pares de imagens (Anexo J). Posto isto, para a avaliação dos conhecimentos utilizamos a seguinte fórmula de cálculo:

Fórmula de cálculo:

<p>% de idosos que demonstraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa</p>	=	$\frac{\text{Nº de idosos que demonstraram conhecimento sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa}}{\text{Nº total de idosos}}$	<p>X 100 = 37/51=0,73 X100=73%</p>
---	---	--	------------------------------------

Foi do nosso agrado, tendo em conta as características dos idosos, constatar com a recolha e avaliação deste instrumento que 73% mostraram conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas, permitindo-nos constatar que o objetivo inicialmente proposto, “Conseguir que até janeiro de 2013, 70% dos idosos demonstrem conhecimentos sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas em casa”, foi atingido.

Em relação ao segundo indicador, e tendo em vista o objetivo a que pretendemos dar resposta “Conseguir que até final de janeiro de 2013, 90% dos idosos adiram a pelo menos uma das atividade”, avaliamos a taxa de adesão dos idosos a quatro atividades individualmente, utilizando as fórmulas abaixo descritas:

Projeto “Casa Segura”/Sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/prevenção de quedas – Atividade 1:

Fórmula de cálculo:

<p>%de idosos que aderiram à sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/ prevenção de quedas em casa.</p>	=	$\frac{\text{Nº de idosos que aderiram à sessão de educação para a saúde sobre barreiras arquitetónicas/ prevenção de quedas em casa.}}{\text{Nº total de idosos}}$	<p>X 100=51/51=1X100 = 100%</p>
--	---	---	---------------------------------

Para a avaliação desta atividade foi utilizado uma folha de registo dos nomes dos idosos que estiveram presentes na sessão. Através desta folha e tendo em conta o indicador, foi possível averiguar que atingimos uma taxa de adesão de 100% (Anexo K).

Do Projeto “Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”/Sessão prática de exercício físico/reabilitação – Atividade 1:

Fórmula de cálculo:

$$\% \text{ de idosos que aderiram à sessão prática de exercício físico/reabilitação} = \frac{\text{Nº de idosos que aderiram à sessão prática de atividade física/reabilitação}}{\text{Nº total de idosos}} \times 100 = 41/51=0.80 \times 100 = \mathbf{80\%}$$

A avaliação desta sessão prática foi realizada através do registo numa folha de presença dos nomes dos idosos que participaram na sessão. Através desta folha e tendo em conta o indicador, foi possível averiguar que atingimos uma taxa de adesão de 80% (Anexo K). Assim, podemos constatar que a maioria dos idosos mostraram-se receptivos e consideraram importante esse tipo de atividade como um meio essencial para prevenção de quedas. Foram também feitos registos desta atividade através de fotografias como podemos observar no Anexo L.

Fórmula de cálculo:

$$\% \text{ de idosos que aderiram à “Banca da Saúde”} = \frac{\text{Nº de idosos que aderiram à “Banca da Saúde”}}{\text{Nº total de idosos}} \times 100 = 41/51=0.80 \times 100 = \mathbf{80\%}$$

Para a avaliação desta atividade foi utilizado o mesmo método - registo numa folha de presença dos nomes dos idosos que se dirigiram à banca. Através da folha de presença foi possível averiguar uma taxa de adesão de 80%, calculada pelo respetivo indicador (Anexo K).

Do Projeto “Casa Segura”/Apresentação do filme – Casa Segura – Atividade 2:

Fórmula de cálculo:

<p>% de idosos que aderiram ao filme “Casa Segura”</p>	<p>=</p>	$\frac{\text{Nº de idosos que aderiram ao filme “Casa Segura”}}{\text{Nº total de idosos}}$	<p>X 100 = 36/51=0,71 x 100=71%</p>
---	----------	---	--

Esta atividade foi avaliada pela monitorização da adesão na visualização do mesmo (Anexo K), atingindo uma taxa de adesão de 71%, calculada pelo respetivo indicador.

Desta forma, e tendo em conta que, pelo menos, uma das atividades registou uma adesão de 100%, podemos afirmar que atingimos com sucesso o objetivo inicialmente proposto.

Concluimos que o *feedback* positivo demonstrado pelos idosos a estes tipos de atividades, teve efeitos benéficos nos intervenientes, uma vez que estes demonstraram-se satisfeitos e com vontade de dar continuidade a estes projetos, que tanto contribuíram para a prevenção de quedas e a promoção do EA dos idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diminuição da natalidade e da mortalidade, derivado do aumento da longevidade, conduziu Portugal para um envelhecimento acentuado. Nos próximos anos, a situação deverá agravar-se aumentando o número crescente de idosos e reduzindo cada vez mais o número de jovens. A alteração na estrutura etária que se tem vindo a verificar tem repercussões funcionais e estruturais que não podem, nem devem ser ignoradas. Estas alterações de incidência elevada são foco de preocupação geral, quer ao nível físico quer ao nível psíquico e social.

Torna-se assim um desafio promover a saúde e prevenir os agravos resultantes do processo de envelhecimento, de modo a que o idoso possa viver da forma mais saudável possível. Neste sentido, assentamos o nosso estudo na área do EA, iniciando com uma revisão da literatura e incidindo sobre todas as fontes relacionadas com o tema, de modo a discernir conceitos para melhor compreensão do fenómeno em estudo.

O grupo comunitário selecionado para o desenvolvimento deste estudo, foram os idosos pertencentes aos centros de dia/convívio do concelho de Felgueiras, o que consideramos ser uma escolha pertinente. A escolha dos idosos veio, não só ao encontro da realidade descrita de envelhecimento da população portuguesa ser uma realidade cada vez mais evidente, mas também por ser uma geração que maioritariamente viveu para o trabalho, sem tempo para se exercitar e com receios de alterar o seu ritmo de vida.

Para este estudo, realizado no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013, utilizamos uma metodologia exploratória, descritiva, com carácter transversal, com recurso ao planeamento em saúde. A intervenção comunitária teve início com o diagnóstico de situação realizado aos idosos, através do qual identificamos as necessidades em termos de saúde, existentes nesta população e com o desenvolvimento de outras etapas do planeamento em saúde, sendo elas: definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução e avaliação.

Uma das preocupações metodológicas passou pela definição do instrumento de recolha de dados, tendo sido utilizado um questionário elaborado pelo grupo, acompanhado da Escala

da QV e do Índice de Barthel. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos.

A partir da análise dos dados, realizou-se a priorização e definiu-se que o problema de saúde a trabalhar seriam as “quedas”. Segundo Shoba cit. por Andrade (2012, p.123) estas constituem “um dos síndromes geriátricos mais comuns ameaçando a independência dos idosos.” Deste modo, definimos os objetivos, a curto e longo prazo, relativos a esta problemática. Tendo em conta que o EC tem competências para desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e «empowerment» das comunidades na consecução de projetos de saúde (Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro), preocupamo-nos em elaborar o Programa **“EnvelheSER Ativo Sem Quedas”** e três projetos (**“Cuida-te”**, **“Toca a Mexer para Melhor Envelhecer”** e **“Casa Segura”**) que promovessem medidas de cuidados de saúde, mudanças de comportamentos e estilos de vida e contribuíssem para a obtenção de uma população idosa mais ativa, menos sujeita a quedas e com melhor QV.

Assim, para a concretização dos projetos foram realizadas atividades, algumas a curto prazo, a serem efetivadas até janeiro de 2013, e outras a longo prazo, que deverão realizar-se até 2015. Todas as atividades estiveram direcionadas para a área da prevenção de quedas dos idosos. Tendo em conta que os ECs estão em posição de eleição para promover a saúde, foram realizadas sessões de educação teóricas voltadas para a importância dos idosos em alterarem os seus comportamentos e para necessidade de adoção de práticas preventivas. Foram também elaboradas sessões práticas de exercícios físicos/reabilitação, destacando os inúmeros benefícios que estes trazem aos idosos, tais como a melhoria da capacidade funcional, equilíbrio, força, coordenação, entre outros, salientando a importância da continuidade da prática dos exercícios como forma de prevenir as quedas. Foi ainda realizado uma “Banca da Saúde” e apresentado um filme sobre a prevenção de quedas em casa. Através da nossa intervenção os idosos tiveram a oportunidade de refletirem sobre os riscos de quedas, as suas consequências, estratégias de prevenção, bem como de se manterem ativos e reformularem a ideia do EA como caminho adequado a seguir para a manutenção da sua autonomia.

Decorrendo da análise da avaliação das atividades desenvolvidas, verificamos que, em média, 73% dos idosos obteve avaliação positiva, demonstrando ter conhecimentos sobre prevenção de quedas em casa e que entre 71% a 100% dos idosos aderiu à sessão prática

de exercício físico/reabilitação, permitindo-nos constatar que as atividades desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos traçados.

Defendemos que o processo de envelhecimento não impossibilita que o idoso desfrute de uma boa QV. A possibilidade de viver uma vida plena a partir dos sessenta e cinco anos já é uma realidade, “de facto os ganhos alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas” (Carrilho & Patrício, 2012, p.118). Consideramos ser fundamental que o idoso aprenda a lidar com as transformações do seu corpo e tire proveito das suas condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia.

Assim, tendo o EC a capacidade de dar resposta aos problemas da comunidade (Stanhope & Lancaster, 1999), tornou-se fundamental estimular os idosos para a alteração de hábitos de vida e inserção de atividades físicas regulares, como um meio essencial na recuperação da capacidade funcional, do equilíbrio e da força muscular, oferecendo maior segurança aos idosos e menor suscetibilidade às quedas e, conseqüentemente, maior independência funcional.

Ainda no decurso da avaliação verificamos que embora atingíssemos o nosso objetivo, 27% dos idosos não tinham conhecimentos relativamente ao problema detetado “quedas”, pelo que fica o resultado do diagnóstico de situação como desafio para futuros projetos de intervenção comunitária que possam vir a reduzir ainda mais este problema, que tanto preocupa e afeta a comunidade. Mais uma vez entendemos que este trabalho deverá ter continuidade, podendo vir a contribuir para o início de novos projetos e novos interesses profissionais.

Para identificação das necessidades dos idosos na comunidade de Felgueiras e para assegurar a continuidade destes cuidados, estabelecemos as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários. Assim, convém lembrar que todo o trabalho só foi possível porque houve disponibilidade da equipa da UCC de Felgueiras em partilhar a aprendizagem/construção com o grupo de estágio, que por sua vez cresceu com o conhecimento e experiência da referida equipa. Muito satisfatória foi a adesão dos diretores técnicos dos centros de dia/convívio, que demonstraram disponibilidade e

interesse nas nossas atividades, o que nos pareceu ser muito positivo para a continuidade dos projetos.

Consideramos que a metodologia utilizada foi útil e pertinente e esperamos que o trabalho desenvolvido, que anuncia o planejamento em saúde, seja a luz que irradia o caminho para a continuidade deste projeto. Não esqueçamos que na comunidade estudada outros problemas foram identificados, devendo também, com tempo, serem alvos de intervenção.

Relativamente aos objetivos delineados a longo prazo e às intervenções esboçadas, também dirigidas para a prevenção, redução e eliminação das quedas, serão concretizados pela equipa da UCC de Felgueiras, que amavelmente se prestaram para dar continuidade ao nosso Programa EnvelheSer Ativo Sem Quedas. Deste modo, esperamos vir a verificar e demonstrar uma melhoria no estado de saúde e no bem-estar da população idosa, algo que não foi possível em tão curto espaço de tempo, mas que podemos avaliar de modo informal pela satisfação demonstrada pelos nossos idosos.

As limitações do estudo assentaram-se basicamente na seleção da amostra, que tendo em conta as características específicas dos idosos, impossibilitou-nos a recolha de dados à totalidade dos mesmos.

As dificuldades sentidas prenderam-se com o desenvolvimento deste trabalho, nomeadamente na elaboração do planejamento em saúde que, por ser algo novo, despertou alguns entraves, no entanto, foram ultrapassadas com a orientação da Professora Doutora Assunção Nogueira, a quem agradecemos a disponibilidade.

Na elaboração das atividades foram também sentidas uma série de dificuldades, desde o distanciamento entre os diversos centros de dia/convívio, passando pelo tempo fornecido pelos mesmos para pôr em prática as atividades, tempo bastante limitado, devido a outras tarefas exercidas pelos idosos. Contudo, com o esforço, compreensão e colaboração de todos os elementos envolvidos no Programa “EnvelheSER Ativo sem Quedas” foi possível concretizar as atividades programadas para o período de estágio.

Aprendemos com a prática, por essa razão, gostaríamos de salientar que se fossemos agora iniciar o diagnóstico de situação acrescentaríamos algumas questões que permitissem explorar melhor o tipo de medicamentos consumidos pelos idosos, bem como questões que

nos permitissem melhor caracterizar hábitos relacionados com a segurança e prevenção de quedas.

Acreditamos que as estratégias utilizadas e as intervenções realizadas constituíram um desafio que foi superado e que os objetivos foram atingidos. Para finalizar, sabemos que este trabalho foi apenas uma primeira etapa de muitos outros que podemos vir a realizar. Estamos conscientes que a aprendizagem não fica por aqui, aceitamos que o papel do EC continua e aperfeiçoa-se com o treino, importa continuarmos e aplicarmos em outras realidades os conhecimentos adquiridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, I.S. (1997). Direitos legais do idoso em saúde comunitária. *Servir* 45 (5), 229-234).
- Amado, J. (2012). A educação em saúde como estratégia de promoção de saúde. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para o envelhecimento ativo* (pp. 247-260). Loures: Euedito.
- Andrade, J.C. (2012). Prevenção de quedas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 123-133). Loures: Euedito.
- António, S. (2012). Políticas e programas para o envelhecimento ativo. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 101-107). Loures: Euedito.
- Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Recuperado em 12 novembro, 2012, de <http://www.cdi.ensp.unl.pt>.
- Assis, E.L., & Rabelo, H.T. (2006). Percepção da capacidade funcional de mulheres idosas praticantes de hidroginástica. *Movimentum. Revista Digital de Educação Física*, 1.
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Editora Psico&Soma.
- Câmara Municipal de Felgueiras. (2012). Recuperado em 6 dezembro, 2012, de <http://www.cm-felgueiras.pt>.
- Carrilho, M.J., & Patrício, L. (2011). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48. Recuperado em 16 janeiro, 2013, de <http://www.ine.pt>.
- Carvalho, P.S. (2012). Etapas do processo de envelhecimento. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para o envelhecimento ativo* (pp. 65-74). Loures: Euedito.
- Comissão da União Europeia. (2006). *O futuro demográfico da Europa: Transformar um desafio em oportunidade* [Comunicação]. Bruxelas: Autor.
- Comissão Europeia. (2008). Envelhecer ativo. In: *Atualidades empregos e direitos sociais, família e demografia*.
- Costa, G.A., Souza, C.R., Vítor, F.A., & Araújo, L.T. (2011). Acidentes por quedas em um grupo específico de idosos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 395-404. Recuperado em novembro, 2012, de <http://www.fen.ugf.br/revista/v13/n3/v13n3a04>.
- Costa, M.A. (1999). Questões demográficas: Repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In M.M. Costa, J.J. Agreda, J. Ermida, P.M. Cordeiro

- &M.L. Almeida, *O idoso: Problemas e realidades* (Cap.1, pp. 9-22). Coimbra: Formasau.
- Cunha, J.A. (Ed.). (2000). Mini-exame do estado mental. In J.A. Cunha (Ed.), *Psicodiagnóstico – V* (5a ed., pp. 628-629). Porto Alegre: Artmed.
- De Cocker, K., Bourdeaudhuij, I.M., Brown, W.J., & Cardon, G.M. (2009). Moderators and mediators of pedometer use and step count increase in the 10,000 “Steps Ghent intervention”. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6 (3).
- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Direção Geral da Saúde. (2004a). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas* (Circular normativa nº 13/DGCG). Lisboa: Autor.
- Direção Geral da Saúde. (2005). Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas. Recuperado em 16 dezembro, 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010166.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2000). *Autocuidados na saúde e na doença. Como prevenir as quedas*. Lisboa: Autor.
- Direção Geral de Saúde. (2004b). *Plano nacional de saúde: Orientações estratégicas*. Lisboa: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2001). *Auto cuidados na saúde e na doença: Guias para pessoas idosas*. Recuperado em 12 novembro, 2012, de <http://www.dgs.pt>.
- Eurostat.(2011). *The EU in the world.A statisticial portrait*. Commission. Recuperado em 07 novembro, 2012, de http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/CH_02_2011/EN/CH_02_2011-EN.PDF.
- Faria, L., & Silva, S. (2000). Efeitos do exercício físico na promoção do auto-conceito. *Psychologica*, 25, 25-43.
- Farinatti, P.T.V. (2008). Corte cronológico e compressão e morbidade. In P.T.V. Farinatti, *Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: Bases teóricas e metodológicas* (Vol. 1, cap.2, pp. 15-21). São Paulo: Manole.
- Fernandes, A. (2012). Trabalhar bem, viver melhor, envelhecer com qualidade. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos* (Cap. 17, pp. 225-237). Viseu: Editora Psico&Soma.
- Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade. Demografia, família e políticas em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Folstein, M.F., Follstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res*, 12, 189 -198.

- Fonseca, A.M. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fortin, M-F. (2003). Glossário. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (pp. 363-377). Loures: Lusociência.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio. Resumo executivo*. Recuperado em 17 dezembro, 2012, de <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2012). *Fundo de população envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio resumo executivo*. Recuperado em 07 novembro, 2012, de <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>.
- Geib, L.T.C., Neto, A.C., Wainberg, R., & Nunes, M.L. (2003). Sono e envelhecimento. *Revista de Psiquiatria, RS*, 25 (3), 453-465.
- Grande, N. (1994). Linhas mestras para uma política nacional de terceira idade. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 68, 6-10.
- Guerreiro, M.S.A., Botelho, M.A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (Supl. 1), 9-10.
- Guimarães, R.M. (2010). *Envelhecer com qualidade. Um capital de saúde*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Hicks, C.M. (2006). *Métodos de investigação para terapeutas clínicos: Concepção de projectos de aplicação e análise* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Hill, M.M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hough, C. (1996). Caídas. In R.J. Ham & P.D. Sloane, *Atención primaria en geriatría. Casos clínicos* (Cap.15, pp.359-377). Madrid: Mosby.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- Imperatori, E., & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia 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 (2001). *Censos 2001: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Recuperado em 11 de novembro, 2012 de <http://www.ine.pt>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). Censos 2001:Resultados definitivos. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 185-208.
- Instituto Nacional de Estatística. (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos: Resultados provisórios (2011)*. Recuperado em 11 novembro, 2012, de <http://www.ine.pt>.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: Actividades*. Porto: Âmbar.
- Loureiro, I. (1999). A importância da educação alimentar na escola. In L.B. Sardinha, M.G. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos, e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 57-84). Lisboa: Edições FMH.
- Mailloux-Poirier, D. (1994). Mover-se e manter uma boa postura. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier, *Pessoas idosas: Uma abordagem global. Processo de enfermagem por necessidade* (Cap. 14, pp. 285-315). Lisboa: Lusodidacta.
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (1990). *Técnicas de pesquisa* (2a ed.). São Paulo: Atlas.
- Mason, B.G. (1998). Da meia idade à velhice. In V.B. Bolander, Sorensen & Luckman *enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica* (Cap.14, pp. 281-304). Lisboa: Lusodidacta.
- Matsudo, S.M. (2006). Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Revista Brasileira de Educação Física e Exporte*, 20, 135-137. Recuperado em 11 novembro, 2012, de <http://www.ceap.br/artigos/ART20092011233110.pdf>.
- Menna-Barreto, L., & Wey,D. (2007). *Ontogénese do sistema de temporização: A construção e as reformas dos ritmos biológicos ao longo da vida humana*. Recuperado em 11 novembro, 2012, de <http://www.scielo.br/scielo>.
- Morgado, J., Rocha, S.C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, P.I. (2009). Novos valores normativos do mini-mental state examination. *Sinapses*, 9 (2), 12-18. Recuperado em 11 novembro, 2012, de [www. spneurologia.org](http://www.spneurologia.org).

- Moura, C. (Ed.). (2012a). Envelhecimento ativo e empowerment. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 87-91). Loures: Euedito.
- Moura, C. (Ed.). (2012b). As novas tendências demográficas. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 27-36). Loures: Euedito.
- Nazareth, J.M. (2009). *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nogueira, M.A. (2012). A doença e dependência na família. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para o envelhecimento ativo* (pp. 155-163). Loures: Euedito.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, B.H.J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Lisboa: Legis Editora.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS*.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Otawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (1988). *WHOQOL: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde*. Genève. Recuperado em 07 novembro, 2012, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Gêneve. Recuperado em 07 novembro, 2012, de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *II Assembleia mundial sobre o envelhecimento. Construir uma sociedade para todas as idades*. Madrid. Recuperado em 07 novembro, 2012, de <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/Idosos-Saude.pdf>.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana para a Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (Coord.). (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. Divisão de Saúde Mental. (1998). *Grupo WHOQOL- Versão em português dos instrumentos da avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Recuperado em 09 novembro, 2012, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>.

- Paixão Júnior, C.M., & Heckemenn, M. (2002). Distúrbios da postura, marcha e quedas. In E.V. Freitas, L. Pay, A.L. Nery, F.A.X. Cançado, M. L. Gorzoni & S.M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (Cap.74, pp. 624-634). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Papaléo Netto, M. (2002). O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E.V. Freitas, L. Py, A.L. Neri, F.A.X. Gorzoni & S.M. Rocha, *Tratado de geriatria e gerontologia* (Cap. 1, pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Papalia, D.E., Olds, S.W., & Feldman, R.D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Parlamento Europeu. Conselho da União Europeia. (2011). Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre as Gerações (2012) [Decisão nº 940/2011/EU de 14 de setembro de 2011]. *Jornal Oficial da União Europeia*, 23 setembro. Recuperado em 11 dezembro, 2012, de [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri= OJ:L:2011:246:0005:0010:PT:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:PT:PDF).
- Paschoal, S. M. P., & Lima, E.M. (2006). Quedas. In E.T. Carvalho Filho & M. Papaléo Netto, *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica* (2a ed., cap. 53, pp. 581-590). São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21-41). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martin, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A.M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, F. (2012). A institucionalização do idoso. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (Cap.10, pp. 150-164). Viseu: Editora Psico&soma.
- Pereira, L.S.M., Marra, T.A., Faria, C.D.C.M., Pereira, D.S., Martins, M.A.A., Dias, J.M. D., & Dias, R.C. (2006). Adaptação transcultural e análise da confiabilidade do Southampton Assessment of Mobility para avaliar a mobilidade de idosos brasileiros com demência. *Cad. Saúde Pública*, 22 (10), 2085-2095.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M.C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9 (2): 109-123.
- Pimentel, H., & Silva, M. (2012). Inclusão social dos idosos. In F. Pereira, *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (Cap.16, pp. 215-226). Viseu: Editora Psico&soma.
- Pinto, A.M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pontes, L.J. (2012). Promoção da qualidade de vida. In C. Moura, *Processos e estratégias de envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 289-296). Loures: Euedito
- Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo [on-line]. www.pordata.pt.
- Portela, J., & Caldas, J.C. (Orgs.). (2003). *Portugal chão*. Oeiras: Celta.
- Rabelo, T.H., & Assis, L.E. (2006). Percepção da capacidade funcional de mulheres idosas praticantes de hidroginástica. *Movimentum. Revista Digital de Educação Física*, 1.
- Ramos, R.L. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3).
- Rebelatto, J.R., & Morelli, J.G. (2004). *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. Barueri, SP: Manole.
- Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 35. Série II.
- Rodrigues, R.M.C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: Da funcionalidade à utilização de serviços*. Recuperado em 16 de janeiro, 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7168/2/Avaliao%20comunit%20Idosos.pdf>.
- Sampieri, R.H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: McGrawHill
- Santos, M.L., & Andrade, M.C. (2005). Incidência de quedas relacionadas aos fatores de risco em idosos institucionalizados. *Revista de Saúde Pública*, 29 (1), 57-68.
- Schacter-Shalomi, Z., & Miller, R. (1996). *Mais velhos mais Sábios: Uma visão nova e profunda da arte de envelhecer*. Rio de Janeiro: Campus.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Serra, A.V., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Quartilho, M., & Rijo, D. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 41-49.
- Silva, R. (2012). A alimentação no idoso e fatores influenciadores do apetite. In C. Moura (Ed.). *Processos e estratégias do envelhecimento: Intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 261-270). Loures: Euedito.
- Spiriduso, W.W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.
- Stuart-Hamilton, I. (2000). *A psicologia do envelhecimento: Uma introdução* (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Timo-Iara. (2012). *O envelhecimento*. Recuperado em 11 dezembro, 2012, de www.actafisiatrica.org.br.
- Trzepacz, P.T., & Baker, R.W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi.
- Vara, M. (2012). O olhar do gerontólogo. In F. Pereira (Coord.), *Teoria e prática da gerontologia: Um guia para cuidadores de idosos* (Cap.4, pp. 65-77). Viseu: Editora Psico&Soma.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- World Health Organization. (1997). 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Declaração de Jacarta: República de Indonésia. Recuperado em 16 dezembro, 2012, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. New York: Author.
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo A

Carta de apresentação às instituições do Programa EnvelheSER Ativo”
Respostas aos pedidos de autorização para implementar Programa “EnvelheSER Ativo”
Consentimento Informado

Carta de apresentação do Programa “EnvelheSER ATIVO Sem Quedas”

(enviada por correio eletrónico)

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

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

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

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

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Ana Souto, Cláudia Pereira, Clara Ramos e Vera Azevedo

e

Benvinda Ribeiro, Enfermeira Coordenadora da UCC de Felgueiras

Felgueiras, 03 de outubro de 2012

Respostas aos pedidos de autorização para implementar Programa “EnvelheSER Ativo”

Página Web 1 de 2



Clara Ramos <claralbr80@gmail.com>

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

3 mensagens

iola ferronha <iolaferronha@hotmail.com>

5 de Outubro de 2012 às 07:35

Para "Clara - Mestrado de Comun. CESPU" <claralbr80@gmail.com>

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

> ----- Forwarded message -----

> From: Dina Peixoto <dina_peixoto_2@hotmail.com>

> Date: Thu, 4 Oct 2012 15:44:42 +0000

> Subject: pedido de autorização para a implementação do Projeto envelheSER ATIVO

> To: eccifelgueiras@gmail.com

> Boa tarde Srª Enfermeira Iola Ferronha!

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

> Sem mais nenhum assunto de momento

> Atenciosamente

> A Diretora técnica da Associação Bairro João Paulo II

> Dina Peixoto

> --
> Atentamente

> ECCI Felgueiras

> Morada

> ECCI Felgueiras

> Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras

> Rua Padre Justino António da Silva

> 4610-821 Várzea Felgueiras

> Telf: 255312983 Fax:255926473

Clara Ramos <claralbr80@gmail.com>

6 de Outubro de 2012 às 17:00

Para verasofia_azevedo <verasofia_azevedo@hotmail.com>, Cláudia Sofia Mota Pereira
<claudiamotapereira@gmail.com>, Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

<https://mail.google.com/mail/h/72locekd9ddh/?&v=pt&th=13c61d8860c9ee40>

22-01-2013

1 4 6 7 8 9 0

Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

**

Boa Tarde,

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

Sandra Teixeira
(Diretora)

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

From: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Cc: Benvinda Ribeiro <benvijesus@gmail.com> ; claralbr80@gmail.com

Sent: Wednesday, October 03, 2012 8:02 AM

Subject: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto

[Citação ocultada]

dias *4 de outubro* (quinta) no *período da manhã*, *9 de outubro*(terça)
no *período da tarde* ou dia *10 de outubro* (quarta) *no período da manhã*.

[Citação ocultada]

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

15 de Janeiro de 2013 às 07:12

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

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

Data: 3 de Outubro de 2012 às 12:27

Assunto: Re: ASSUNTO: Pedido de autorização para a implementação do Projeto EnvelheSER ATIVO - UCC Felgueiras

Para: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Bom dia,

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

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

Com os melhores cumprimentos,

Patrícia Magalhães
(Directora Técnica)

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

[Citação ocultada]

--
Atentamente
ECCI Felgueiras

Morada
ECCI Felgueiras

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

21-01-2013

Unidade de Cuidados na Comunidade de Felgueiras

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

[Citação ocultada]

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

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

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

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

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

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

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a) Técnico (a)

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

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

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

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

Ana Cristina Alves Ferreira

(Directora Técnica)

Av.ª Dr. Magalhães de Lemos

4610-106 Margaride – Felgueiras

Telef. 255 922 040/ 91 663 27 27

anacristina.scmf@mail.telepac.pt

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

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

Para: Dra Ana Cristina_SCMFelgueiras

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

Bom dia

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

Atentamente

Iola Ferronha

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

De: ECCI Felgueiras <eccifelgueiras@gmail.com>

Data: 9 de Outubro de 2012 13:02

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

Para: anacristina.scmf@mail.telepac.pt

Exmo(a) Sr.(ª) Diretor(a)Técnico (a)

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

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

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

22-01-2013

CONSENTIMENTO INFORMADO

Programa “EnvelheSER ATIVO”

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

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

Agradecemos desde já a sua participação.

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

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

De forma livre e esclarecida:

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

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

Assinatura _____

Felgueiras, __ de Outubro de 2012

Anexo B

Mini Exame do Estado Mental

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

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

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas

1. Orientação Temporal Espacial

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

2. Registros

- a. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente 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 apalavra MUNDO de trás para frente. _____ 5

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

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

5. **Linguagem**

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

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

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

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

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

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



Avaliação do score obtido

Pontos de corte – MEEM

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

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

Anexo C

Instrumento de recolha de dados

Questionário

Caracterização Sociodemográfica

1. Género:

- 1 – Masculino ___
2 – Feminino ___

2. Idade: _____ Anos

3. Habilitações Literárias:

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

4 – Profissão _____

5. Estado Civil:

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

6. Com quem vive?

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

7. A sua habitação é:

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

7.1- Tem esgotos?

- 1- Sim ___
2- Não ___

7.2- Tem água canalizada/potável?

- 1- Sim ___
2- Não ___

8- Os seus rendimentos mensais são:

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

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

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

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

11- Com quem convive fora da Instituição?

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

Alimentação

12. Quantas refeições faz diariamente?

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

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

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

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

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

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

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

12.3- Que quantidade de água consome diariamente?

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

Sono/Vigília

13- Qual o nº de horas de sono diárias?

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

13.1- Tem o hábito de dormir a sesta?

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

13.2- Toma alguma medicação para dormir?

- 1- Sim _____
- 2- Não _____
- 3- Não sabe _____

Hábitos Nocivos

14. Consome bebidas alcoólicas diariamente?

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

15- Em relação ao tabaco:

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

Cuidados de Saúde

16- Tem Médico de família?

- 1- Sim _____
- 2- Não _____

17- Sofre de alguma doença(s)?

- 1- Sim _____
- 2- Não _____

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

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

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

18- Toma medicação diariamente?

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

18.1- Quantos comprimidos (diferentes) toma diariamente?

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

Atividade Física

19- Realiza alguma atividade física semanalmente?

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

19.1- Não pratica atividade física porque:

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

19.2- Quantas vezes por semana ?

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

19.3- Qual a duração de cada sessão?

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

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

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

Segurança

21- Sente-se seguro em sua casa?

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

22- Sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?

- 1- Sim ___ Onde? _____
- 2- Não ___

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

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

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

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

		Nada	Pouco	Nem muito Nem pouco	Muito	Muitíssimo
3(F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa fazer?	1	2	3	4	5
4(I1.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6(24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F3.3)	Até que ponto consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Em que medida se sente seguro(a) no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo D

Pedidos de autorização e respostas para aplicação da escala WHOQOL-Bref, Índice de Barthel
e Mini Exame do Estado Mental



Re: Instrumento de Avaliação WHOQOL-Bref

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

Cara Ana Couto,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

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

Com os melhores cumprimentos,
Cláudia Melo.

 **WHOQOL-BREF.zip**
207K



autorização para utilização da escala de barthel

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

Boa noite caras Enfermeiras

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

Desejo-vos muito sucesso para o vosso trabalho.

Atenciosamente
Prof Fatima araujo

[Citação ocultada]

2 anexos

 publicacao REVISTA_SP_05_02_2007.pdf
68K

 ESCALA_BARTHEL_pessoal[2].pdf
31K



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

autorização para utilização da escala de barthel

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

Ex^a Prof^a Dr^a 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 v^a ex^a 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.



Autorização para a utilização da escala WOQOL-Bref

Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Para mccanavarro@fpce.uc.pt

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

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

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente

Ana Souto



Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Autorização de utilização do Mini Mental State

2 mensagens

labling <labling@fm.ul.pt>

Para Ana Souto <anasouto40@gmail.com>

Bom dia

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

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

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

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

Com os cumprimentos.
Manuela Guerreiro

De: Ana Souto [anasouto40@gmail.com]

Enviado: domingo,

Para: labling

Assunto: Autorização de utilização do Mini Mental State

Boa noite!

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

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Atenciosamente
Ana Souto

Advertência/Warning

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

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

3 anexos

 MMSE validação.pdf
561K

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

Anexo E

Apresentação multimédia de imagens

Barreiras Arquitetónicas/Prevenção de Quedas em Casa

Trabalho elaborado por:

Enf. Ana Souto

Enf. Clara Ramos

Enf. Cláudia Pereira

Enf. Vera Azevedo



1

Prevenção de quedas e acidentes I

As quedas não fazem parte do processo de envelhecimento.

Geralmente são consequência de fatores perfeitamente previsíveis.

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

2

Prevenção de quedas e acidentes II

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

Seguem-se conselhos para prevenir acidentes e quedas.

3



4

Em toda a casa

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



5

Em toda a casa

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



6

Em toda a casa

- Evite escadas.



7

Em toda a casa

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



8

Em toda a casa

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



9

Em toda a casa

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



10

Em toda a casa

- Cuidado para não errar a dosagem dos medicamentos;



11

Em toda a casa

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



12

Em toda a casa



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

13

Em toda a casa

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



14

Em toda a casa

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



15



16

Quarto

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



17

Quarto

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



18

Quarto

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



19

Quarto

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



20

Prevenção de Acidentes

Casa de Banho



21

Casa de Banho

- O piso da casa de banho deve ser antiderrapante;



Casa de Banho

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



22

Casa de Banho

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



23

Casa de Banho

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



Casa de Banho

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



Casa de Banho

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



Prevenção de Acidentes

Cozinha

Cozinha

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



Cozinha

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



Cozinha

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



Cozinha

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



Cozinha

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



Prevenção de Acidentes

Sala

34

Sala

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

35

Sala

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



36

Sala

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



37

Sala

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



38

Sala

- Prefira pisos antiderrapantes;



Piso Anti Derrapante

39

Bons exemplos...



40



41



42



43



44

Maus exemplos...



45



46



47



48



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

Alfredo Nabais Polho

49



50

Bibliografia

- *Berger, L., & Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- *Buedia, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- *Cabete, D. (2005). *O idoso, a doença e o hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência.
- *Escola Superior de Saúde da Guarda. (2008). *Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Guarda.
- *Lima, M. (2006). *Psychologica*, Portugal, Editora Coimbra 83-100.
- *OMS. (2000). Maximizar as aprendizagens no ensino superior. Acedido em Abril 01, 2010 em https://www1.eseq.pt/pagina/uso/ufonia/wp-content/uploads/2009/06/estagio_gri2.pdf.
- *Ramos, F., & González, H. (1994). *La sexualidad en la vejez*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- *Rates, B., & Barreiro, C. (2004). Agentes dopaminérgicos e o tratamento da disfunção erétil, 27 (6) Rio de Janeiro, Quim Nova.
- *Shapiro, P. (1988). *Coleccion Farmatolia Carlo Erda de Diagnóstico y Tratamiento - Geriatria*, Barcelona. Editora Pediátrica.

51

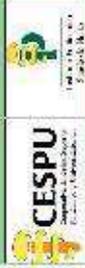
Anexo F

Folheto sobre prevenção de quedas em casa



Na sala...

- Opte por sofás e poltronas confortáveis, com assentos que não sejam demasiado macios, e que facilitem os actos de sentar e levantar;
- Evite esquinas de vidro, metal ou materiais 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

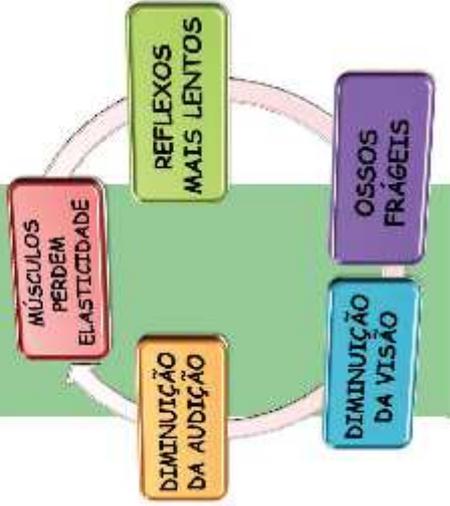
A maioria das quedas de idosos ocorre dentro de casa. Com medidas simples, você pode tornar o ambiente em que vive mais seguro.



CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

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

A idade que avança



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 praticar atividades físicas 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 elétricos 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 polítila 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 elétricas estão em áreas secas da casa de banho.



Previna-se

Anexo G

Cartaz de exercício físico

EXERCÍCIOS PARA MELHORAR A FLEXIBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES

POSIÇÃO DE DECÚBITO 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.



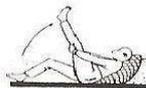
Bater as palmas, acima da cabeça.



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



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



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

POSIÇÃO DE PÉ



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



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



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



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



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

POSIÇÃO SENTADA



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



Com os punhos fechados e antebraços flexidos juntar os cotovelos.



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



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



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

Fonte: M.A. Matteson et E.S. McConnell, Gerontological Nursing, Philadelphia, W.B. Saunders, 1988, p. 370-372

Anexo H

Folheto de esclarecimento sobre exercício físico

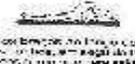
TOCA A MEXER PARA MELHOR ENVELHECER



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

Dezembro, 2012

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

POSIÇÃO DE DECUBITO DORSAL	POSIÇÃO DE PÉ	POSIÇÃO VENTRAL
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.
 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.	 Evitar deitar-se de bruços por períodos prolongados.

Anexo I

Ficha de avaliação de conhecimentos

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

Coloque um X na figura que considera correta:







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





Ajuste a altura da cama e se preciso coloque o colchão por uma mais firme.



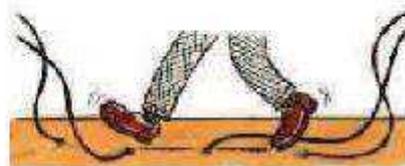
Não utilize armários muito altos que necessitem de lances ou escadas para alcançar os objetos.



Os armários devem ser de fácil acesso e fechar à vontade.



Mantenha os fios das aparelhos próximos das tomadas. Deixe o caminho livre e sem bagunça.



Obrigada

Anexo J

Tabela da avaliação de conhecimentos

Tabela da avaliação de conhecimentos

Centro de Dia\ Convívio	Data sessão\ Avaliação	Nº utentes do 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	
			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
			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
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	X
			6	1	x

Anexo K

Folhas de presença dos participantes nas atividades

Anexo L

Registo fotográfico da sessão do exercício físico/reabilitação





